

**Divertículo de esôfago médio: relato de caso***Middle esophageal diverticulum: a case report*Nazir Elias Chalela Ayub¹, João Antonio Feriani Nunes¹, Josiane Maria Costa¹, Thiago Sivieri², Shinnhiti Morita², Gilberto Borges Brito¹⁻²**Resumo**

Introdução: Divertículos esofágicos são alterações esofágicas raras e podem ser classificados em proximais, médios ou distais, de acordo com a localização. Podem ser de pulsão ou tração e verdadeiro ou falso. Na dependência do tamanho do divertículo e da concomitância de doença associada, podem causar disfagia, regurgitação, mau hálito, rouquidão ou pneumopatias, podendo ter indicação de ressecção cirúrgica. O diagnóstico é suscitado pela história clínica e confirmado pelo exame radiológico contrastado e pela endoscopia digestiva alta. **Objetivo:** Relatar o caso raro de uma paciente com divertículo de esôfago médio. **Materiais e Métodos:** Revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e revisão da literatura. **Resultados:** Paciente feminina, 61 anos, encaminhada ao ambulatório do hospital de base de São José do Rio Preto, com queixa de disfagia progressiva para alimentos sólidos aproximadamente há cinco anos, associado à odinofagia, eructação intensa e perda ponderal nesse período de 10 quilos. A endoscopia digestiva alta, mostrou divertículo no terço médio do esôfago, 25 cm da arcada dentária superior, com óstio de 3-4 cm de diâmetro e 3 cm de profundidade. A tomografia computadorizada de tórax confirmou a presença do divertículo de esôfago em terço médio do esôfago, sem outros achados que justificassem sua presença. A paciente foi submetida à videotoracoscopia com ressecção do divertículo sem intercorrências. Atualmente, a paciente apresenta-se assintomática no acompanhamento clínico. **Conclusão:** Embora seja considerada uma alteração esofágica rara, os divertículos esofágicos, devem sempre ser considerados como diagnóstico diferencial. Especialmente em casos de disfagia, halitose e enfermidades respiratórias por broncoaspiração. Em casos de pacientes sintomáticos e com dificuldade no tratamento clínico, a melhor opção terapêutica é a cirurgia com a excisão local do divertículo via toracotomia ou toracoscopia.

Descritores: Divertículo Esofágico; Transtornos de Deglutição; Doenças do Esôfago.

Abstract

Introduction: Esophageal diverticula are rare conditions of the esophagus and can be classified according to their location in proximal, middle, or distal. Further categorization relates to presumed etiology, namely traction vs pulsion, true or false. Depending on the size of the diverticulum and the concomitance of associated disease, it can cause dysphagia, regurgitation, bad breath, hoarseness or pneumopathies. Thus, symptomatic patients are eligible surgical resection. The diagnosis is suspected by clinical history and confirmed by contrast radiological examination and upper digestive endoscopy. **Objective:** Present the case of a patient with middle esophageal diverticulum. **Materials and Methods:** We carried out a review of medical records, photographic record of diagnostic methods, and review from the literature. **Results:** A 61-year-old female patient was referred to the outpatient clinic at a teaching hospital (Hospital de Base), located in the city the São José do Rio Preto, inland of São Paulo State due to progressive complaints of dysphagia for solid foods for about 5 years, associated with odynophagia and severe eructation. She had a 10 kg weight loss in this period. Upper digestive endoscopy showed a diverticulum in the middle third of the esophagus, 25 cm from the dental arcade, with an ostium diameter of 3-4 cm and depth of 3 cm. A chest computed tomography confirmed the presence of an esophageal diverticulum in the middle third of the esophagus, in addition to other findings that justify its presence. She underwent video-assisted thoracoscopy with diverticulum resection without further complications. Currently, she is asymptomatic in clinical follow-up. **Conclusion:** Although it is considered a rare outgrowth, esophageal diverticula should always be considered as a differential diagnosis, especially in cases of dysphagia, halitosis, and respiratory diseases due to bronchoaspiration. In cases of symptomatic patients with difficulty to undergo clinical treatment, the best therapeutic option is a surgery with local excision of the diverticulum via thoracotomy or thoracoscopy.

Descriptors: Diverticulum, Esophageal; Deglutition Disorders; Esophageal Diseases.

¹Hospital de Base de São José do Rio Preto.

²Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: NECA discussão dos achados, etapas de execução, elaboração do manuscrito, orientação do projeto. JAFN coleta, discussão dos achados, delineamento do estudo e redação do manuscrito. JMC coleta, discussão dos achados, delineamento do estudo e redação do manuscrito. TS etapas de execução e delineamento do estudo. SM etapas de execução e delineamento do estudo. GBB discussão dos achados, etapas de execução, elaboração do manuscrito, orientação do projeto.

Contato para correspondência: Nazir Elias Chalela Ayub
E-mail: nazirchalela@gmail.com

Recebido: 27/06/2017; **Aprovado:** 22/11/2017

Introdução

O divertículo esofágico é uma condição rara que frequentemente está associada a um transtorno motor concomitante do esôfago. Alguns pacientes podem apresentar dificuldade para deglutição e refluxo gastroesofágico, que geralmente, estão associados a acalasia e doença do refluxo gastroesofágico⁽¹⁾. Podem ser classificados anatomicamente como faringoesofágico (Zenker), que é o tipo mais comum em 70% dos casos, e em superior, médio e distal do esôfago (epifrênico)⁽²⁾. Quanto a etiologia, podem ser divididos em tração e pulsão. Os divertículos de tração são divertículos verdadeiros, possuindo todas as camadas do esôfago, mucosa, submucosa e muscular. Estão associados a doenças crônicas do mediastino. Os divertículos de pulsão são divertículos falsos, portanto, contendo apenas túnicas mucosas e telas submucosas, causados pelo aumento da pressão intraluminal, secundária a um distúrbio de motilidade ou obstrução mecânica⁽³⁾.

Os divertículos do esôfago médio foram descritos pela primeira vez no século XIX. Historicamente, linfonodos mediastinais inflamados provenientes de uma infecção com tuberculose respondiam pela maioria dos casos. Atualmente, infecções por histoplasmose e sua resultante, a mediastinite fibrosante, têm se tornado uma causa muito comum. A inflamação dos linfonodos exerce tração na parede do esôfago e causa a formação de um divertículo verdadeiro no esôfago médio. Este continua sendo um mecanismo importante para esses divertículos por tração. Entretanto, acredita-se que alguns podem ser também causados por um distúrbio primário da motilidade, como acalasia, espasmo esofágico difuso (EED), ou por um distúrbio motor inespecífico do esôfago (DMIE)⁽⁴⁾.

Geralmente, os divertículos de tração não apresentam sintomas, porém dependendo do tamanho do divertículo e do estágio da doença é comum o aparecimento de disfagia, regurgitação, mau hálito, rouquidão ou pneumopatias⁽⁵⁾. Aspiração, tosse e complicações, como a infecção, a perfuração e a transformação neoplásica, são razões pelas quais o tratamento cirúrgico é recomendado⁽⁶⁾.

Para a realização do diagnóstico do divertículo de terço médio é feita uma história clínica, confirmado por exames radiológicos contrastados e pela endoscopia digestiva alta. Além desses exames, devem ser realizados, manometria esofágica, pHmetria do esôfago, teste de função pulmonar, função cardíaca e investigação de doença de Chagas. Tais exames são importantes para exclusão de diagnósticos diferenciais e para o manejo terapêutico do paciente⁽⁷⁾.

Quando indicado o tratamento cirúrgico, o acesso é realizado preferencialmente por toracotomia, com a ressecção do divertículo, seguido de miotomia da cárdia e do esôfago distal, quando indicado. Até a década de 1990, a cirurgia foi tipicamente realizada usando a abordagem transtorácica através de uma toracotomia direita, pois a maioria dos divertículos, surgem do lado direito do esôfago. Nos últimos anos, com o advento da videotoroscopia e da videolaparoscopia, a ressecção dos divertículos passou a ser realizada por uma dessas vias, com bons resultados⁽⁶⁾.

Assim, o sucesso do tratamento cirúrgico é a ressecção total do divertículo de tração e com isso a minimização dos sintomas associados a essa alteração esofágica.

Neste estudo, o objetivo foi relatar e discutir o caso raro de um paciente de 61 anos, com divertículo de esôfago médio e alertar sobre as diversas apresentações clínicas que essa doença pode causar, atentando para possibilidade de um diagnóstico precoce.

Relato de Caso

Paciente M.L.S. feminina, 61 anos, natural de Itambacuri-MG, procedente de Guapiaçu. Encaminhada ao ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto com queixa

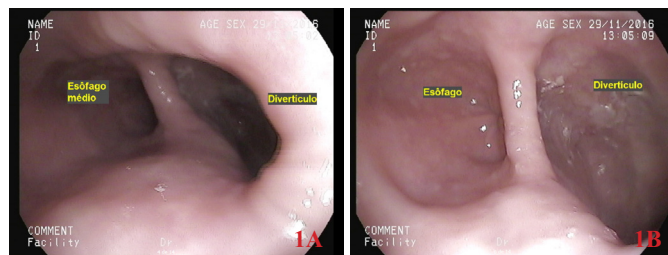
de disfagia e odinofagia para alimentos sólidos há cinco anos. Relata quadro de caráter progressivo, sendo necessário ingestão de líquidos para facilitar a deglutição. Associado a tais sintomas, eructação intensa após ingestão de determinados alimentos e perda ponderal de 10 quilos nesse período. Nega disfagia para alimentos líquidos, nega halitose e regurgitação.

Nos antecedentes pessoais, relata ser portadora de hipertensão arterial e *Diabetes Mellitus tipo II*. Nega ser portadora de doença de Chagas, nega histórico de neoplasia na família, nega tabagismo e etilismo. Faz uso de medicações diárias para controlar suas comorbidades e sintomas esporádicos.

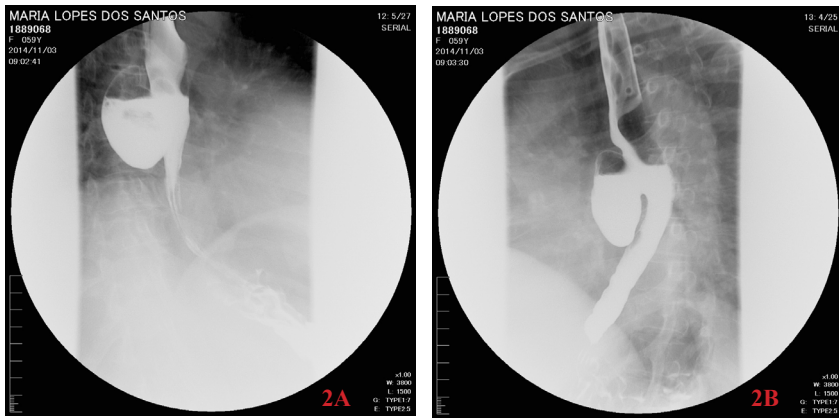
Após iniciar a investigação para disfagia, a paciente foi diagnosticada com divertículo no terço médio esofágico, conhecido como divertículo de tração. Na endoscopia digestiva alta, notou-se um divertículo no terço médio de esôfago, 25 cm da arcada dentária superior (ADS), com óstio de 3-4 cm de diâmetro e 3cm de profundidade, sem sinais inflamatórios e presença de resíduos alimentares no seu interior (Figura 1). Na seriografia realizada, notou-se uma imagem sacular que se preenche pelo meio de contraste, formando nível de líquido-aéreo no terço médio do esôfago, representando divertículos (Figura 2). A tomografia computadorizada de tórax confirmou a presença do divertículo esofágico no terço médio, sem outros achados que justificassem sua etiologia (Figura 3).

Após realização dos exames laboratoriais e avaliação pré-operatória, foi programada a ressecção do divertículo por videotoroscopia, identificado no intraoperatório, aderências entre a parede do esôfago e o pulmão direito, justificando a formação e etiologia do divertículo nessa região do esôfago médio (Figuras 4A a 4M). Foi realizada uma dissecação cautelosa do divertículo por videotoroscopia, concomitantemente com auxílio do aparelho de endoscopia digestiva alta no intraoperatório, moldando e monitorizando a ressecção do divertículo, feita com endogrampeador linear (carga com altura de grampo fechado de 1 mm de espessura). O procedimento ocorreu sem intercorrências e teve duração aproximadamente de duas horas. Foi deixado um dreno de tórax do lado direito e o produto de exérese da lesão foi enviado para estudo histopatológico.

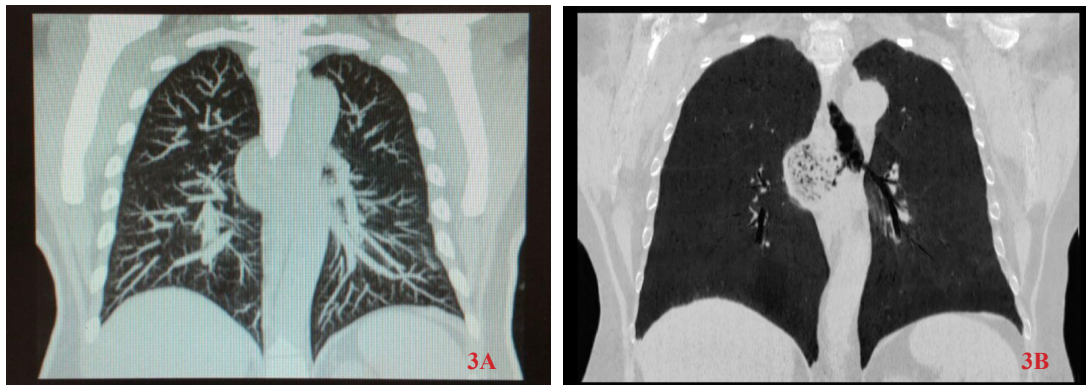
No pós-operatório imediato, a paciente foi encaminhada para enfermagem, com antibioticoterapia, medicações sintomáticas e dieta zero por três dias. No 4º dia de pós-operatório (PO), foi feito teste da sutura mecânica no esôfago com azul de metileno, que não saiu pelo dreno. Foi então retirado o dreno de tórax e iniciado dieta líquida. No 5º dia PO, a dieta foi mudada para pastosa sem sólidos e no 6º dia PO, com uma boa evolução clínica e a paciente assintomática, foi dada alta hospitalar, com dieta pastosa sem sólidos. Uma semana após, retornou ao ambulatório relatando melhora importante dos sintomas. A dieta passou para leve, com retorno em sete dias. No segundo retorno pós-operatório, progredimos a dieta para geral e a paciente estava assintomática, permanecendo em acompanhamento ambulatorial no nosso serviço.



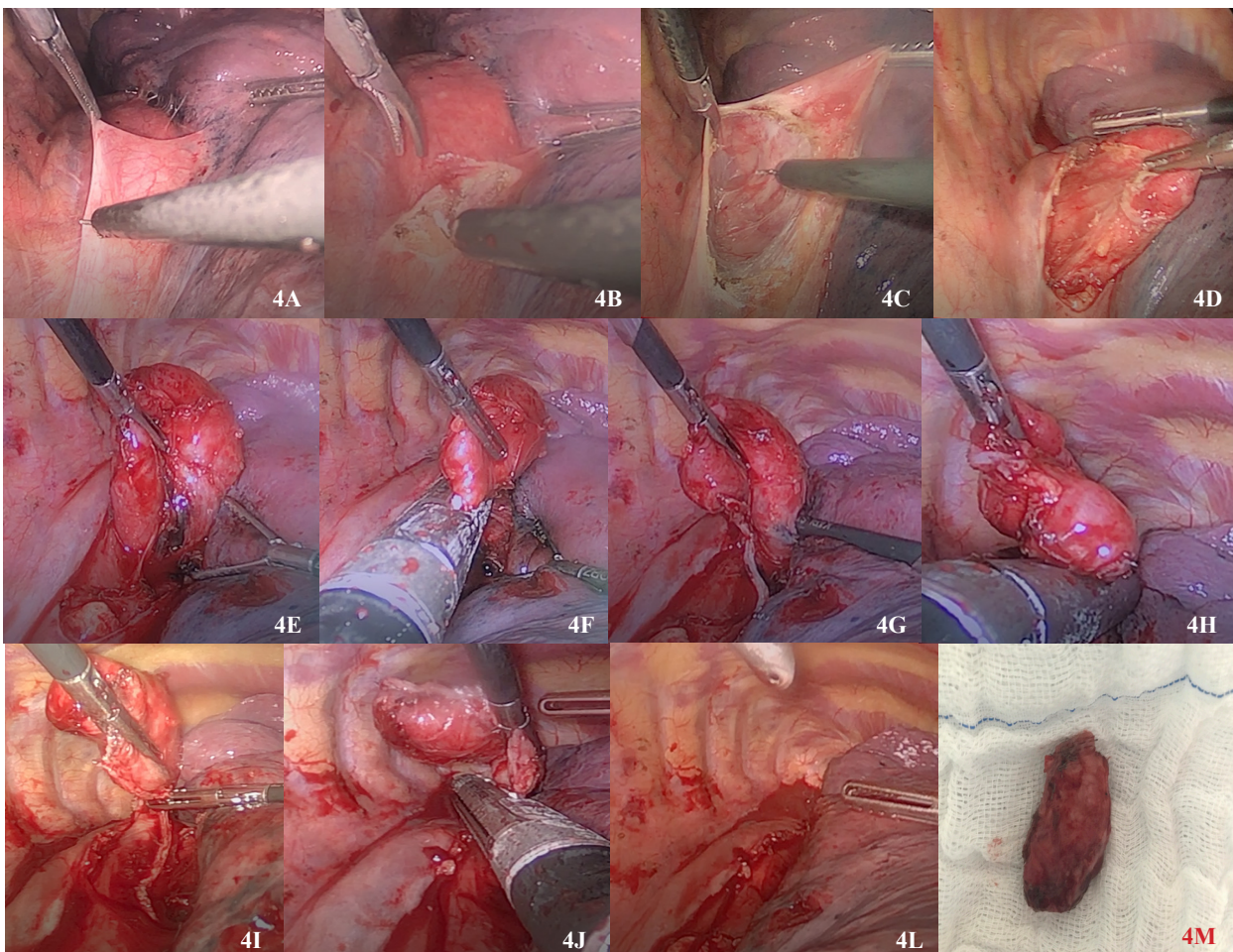
Figuras 1A e 1B. Endoscopia digestiva alta demonstrando presença de divertículo de esôfago médio a 25 cm da ADS, com 3 cm de profundidade e 3 cm de diâmetro do seu óstio, com restos alimentares no seu interior. São José do Rio Preto/SP, 2017



Figuras 2A e 2B. Seriografia do esôfago com imagem sacular que se preenche pelo meio de contraste, formando nível de líquido-aéreo no terço médio representando divertículo. São José do Rio Preto/SP, 2017



Figuras 3A e 3B. Tomografia do tórax em corte coronal, confirmando divertículo no esôfago médio, porém sem achados que justifiquem sua presença. São José do Rio Preto/SP, 2017



Figuras 4A-4M. Sequência da ressecção do divertículo de esôfago médio. Pode ser observar, principalmente nas figuras 4A e 4B, presença de aderências inflamatórias no divertículo com o pulmão direito, justificando sua existência. São José do Rio Preto/SP, 2017.

protelada, devendo ser realizada imediatamente. Cuidados com a intubação anestésica devem ser tomados para a prevenção de regurgitação de conteúdo que possam estar no divertículo⁽⁴⁾.

Conclusão

O relato de caso associado à revisão da literatura, mostra uma melhor caracterização dos sinais e sintomas dos divertículos de esôfago, que são raros e merecem importância em consequência de seus riscos de complicações e dificuldade diagnóstica. Quando diagnosticado precocemente, é possível programar uma estratégia individualizada de acompanhamento e tratamento a fim de se obter resultados satisfatórios e duradouros.

Referências

1. Taniguchi Y, Takahashi T, Nakajima K, Higashi S, Tanaka K, Miyazaki Y, et al. Multiple huge epiphrenic esophageal diverticula with motility disease treated with video-assisted thoracoscopic and hand-assisted laparoscopic esophagectomy: a case report. *Surg Case Rep* [periódico na Internet]. 2017 Dez [acesso em 2017 Jun 13];3:1-5. doi: 10.1186/s40792-017-0339-6.
2. Hoghooghi D, Coakley FV, Breiman RS, Qayyum A, Yeh BM. Frequency and etiology of midesophageal diverticula at bariesthesophagography. *Clinical Imaging*. 2006;30:245-7. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2006.02.002>.
3. Chan DSY, Foliaki A, Lewis WG, Clark GWB, Blackshaw GRJC. Systematic review and meta-analysis of surgical treatment of Non-Zenker's Oesophageal Diverticula. *J Gastrointest Surg* [periódico na Internet]. 2017 Jun [acesso em 2017 Jan 9];21(6):1067-75. doi: 10.1007/s11605-017-3368-3.
4. Townsend Junior CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna*. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 2v.
5. Herbella FA, Patti MG. Modern pathophysiology and treatment of esophageal diverticula. *Langenbecks Arch Surg*. 2012;397(1):29-35. doi: 10.1007/s00423-011-0843-2.
6. Koyanagi K, Ozawa S, Tachimori Y. Minimally invasive esophagectomy performed with the patient in a prone position: a systematic review. *Surg Today* [periódico na Internet]. 2016 Mar [acesso em 2017 Jun 13];46(3):275-84. doi: 10.1007/s00595-015-1164-9.
7. Aravinthan A, Nikolic M, Ouyang X, Lee YM. The hidden cause of dysphagia – epiphrenic diverticulum and esophageal motility disorders. *Can J Gastroenterol*. 2012;26(2):68-9.
8. Omura N, Yano F, Tsuboi K, Hoshino M, Yamamoto SR, Akimoto S, et al. Short-term surgical outcomes of reduced port surgery for esophageal achalasia. *Surg Today* [periódico na Internet]. 2015 Set [acesso em 2017 Jun 13];45(9):1139-43. doi: 10.1007/s00595-014-1109-8.

Nazir Elias Chalela Ayub é médico cirurgião do aparelho digestivo, fellow do serviço de cirurgia bariátrica e metabólica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e do Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB). E-mail: nazirchalela@gmail.com

João Antonio Feriani Nunes é médico residente do 2º ano de cirurgia Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e do Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB). E-mail: joao_feriani@hotmail.com

Josiane Maria Costa é acadêmica do 4º ano de medicina do Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV). E-mail: josianemariacosta@gmail.com

Thiago Sivieri: Chefe da enfermagem de cirurgia bariátrica e metabólica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e do Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB) E-mail: thiagosivi@hotmail.com

Shinnhiti Morita: Professor chefe da enfermagem de cirurgia bariátrica e metabólica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e do Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB). E-mail: thiagosivi@hotmail.com

Gilberto Borges Brito: Professor chefe da enfermagem de cirurgia bariátrica e metabólica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e do Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB). E-mail: gdbrito@gmail.com