

# DIVERTÍCULO EPIFRÊNICO DO ESÔFAGO

## EPIPHRENIC DIVERTICULUM OF THE ESOPHAGUS

Frederico Lucchini Coutinho, TCBC-MG<sup>1</sup>  
Carlos Romero Franco de Almeida Lemos, TCBC-MG<sup>1</sup>  
Jaeder Teixeira de Siqueira, TCBC-MG<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

Os divertículos do esôfago torácico são incomuns. Mondiere, em 1833, postulou que divertículos de pulsão eram herniação de mucosa através da camada muscular do esôfago associada com alguma forma de dificuldade à deglutição. Os classificados como de tração (aqueles que apresentam todas as camadas da parede do esôfago) são raros, sendo quase todos associados ou causados por distúrbios de motilidade do órgão, que variam desde espasmo difuso do esôfago a hipertonia do esfíncter esofageano inferior associada a peristalse normal do mesmo.

Embora haja pouca dúvida em relação à indicação cirúrgica nos divertículos sintomáticos, não existe consenso com relação à melhor abordagem, se clínica ou cirúrgica, naqueles pacientes pouco sintomáticos. Os divertículos localizados nos 10 cm distais do esôfago são quase sempre de pulsão e representam herniação de mucosa e submucosa através do plano muscular, como resultado de aumento da pressão intraluminal. A manometria esofágica é fundamental na determinação do distúrbio de motilidade, que geralmente é encontrado nesta doença<sup>1</sup>. Há semelhança na fisiopatologia dos divertículos de Zencker e epifrênico, com o distúrbio de motilidade prevalecendo como principal causa. Assim, o sucesso do tratamento cirúrgico está relacionado não só à ressecção do divertículo, mas, principalmente, na correção do distúrbio de motilidade presente.<sup>2</sup> Pré-operatoriamente, todos os pacientes deveriam ser submetidos a esofagografia, endoscopia digestiva alta, manometria, pHmetria de 24 horas, testes de função pulmonar e cardíaca, e, no nosso meio, à investigação da doença de Chagas.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 68 anos, faioderma, natural de Santa Maria do Suaçuí – MG, foi atendida no consultório,

com quadro de dor torácica e disfagia progressiva, há cerca de 14 meses, atualmente com dificuldade de ingerir líquidos, e emagrecimento de 4 kg em seis meses. Hipertensa em uso de captopril, nitrato de isossorbida, clonidina, furosemida, amilopdina e ácido acetil-salicílico. Seus exames laboratoriais mostraram-se normais, incluindo a reação de Machado Guerreiro e imunofluorescência para doença de Chagas. A endoscopia digestiva alta relatou divertículo com restos alimentares e mucosa aparentemente normal (não foi possível esvaziá-lo) a cerca de 30 cm da arcada dentária e outro menor acima, gastrite crônica enantematosa com erosões já epitelizadas (biópsia: gastrite crônica com metaplasia intestinal e *Helicobacter pylori* positivo) e duodeno normal. Ao estudo contrastado do esôfago, estômago e duodeno, o trânsito faringoesofageano era livre, com presença de grande formação diverticular de colo amplo na parede póstero-lateral direita do segmento distal do esôfago (Figura 1), e outro pequeno acima deste, com contrações antiperistálticas do órgão, estômago e duodeno normais. A tomografia computadorizada (TC) torácica também demonstrou divertículo esofágico projetando-se para a direita no esôfago torácico inferior, a 4 cm abaixo da bifurcação brônquica (Figura 2). A manometria e pHmetria esofágicas não foram realizadas, pela indisponibilidade das mesmas, na ocasião, em nosso meio. A ultra-sonografia (US) abdominal, evidenciou esteatose hepática. O risco cirúrgico foi considerado aumentado (Goldman II), em virtude da história clínica e dos exames complementares (RX tórax em PA/perfil: discreto aumento da área cardíaca; cineangiocoronariografia: ateromatose grau leve a moderado; eco-Doppler: ventrículo com boa função sistólica e ECG normal).

Em 04.07.96 foi operada sob anestesia geral com intubação orotraqueal com tubo de duas vias. Feita toracotomia póstero-lateral no sétimo espaço intercostal esquerdo (EIE), identificação e dissecação do esôfago torácico após incisão na pleura parietal, com ligadura de três ramos arteriais provenientes da aorta, rotação do esôfago, seguida de identificação

1. Cirurgião Geral do Hospital Belo Horizonte – MG.

2. Doutor em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela UFMG. Chefe da Clínica Cirúrgica do Hospital Belo Horizonte – MG.

Recebido em 2/9/98

Aceito para publicação em 2/8/99

Trabalho realizado na Clínica Cirúrgica do Hospital Belo Horizonte – MG

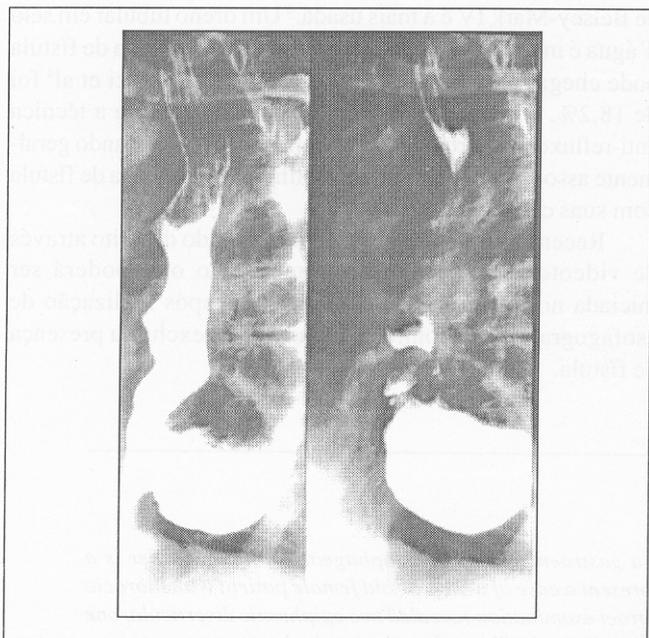


Figura 1 – Esofagografia baritada pré-operatória



Figura 2 – TC tórax: formação sacular póstero-lateral direita.

do divertículo com cerca de 8 cm x 7 cm em posição pósterolateral direita, que foi ressecado, e o esôfago suturado em dois planos (sendo o plano mucoso com poliglactina 3-0 sutura contínua e o plano muscular com o mesmo fio em pontos separados). Esofagocardiomiectomia contralateral ao sítio do divertículo, abrangendo as camadas musculares longitudinal e circular após identificação dos nervos vagos, desde a veia pulmonar inferior esquerda até cerca de 2 cm distal à junção esofagogástrica e confeccionada válvula anti-refluxo a Belsey-Mark IV. Drenagem torácica no oitavo EIE, linha axilar posterior.

No pós-operatório, recebeu cuidados de fisioterapia respiratória, e no centro de tratamento intensivo (CTI) apresentou taquicardia supraventricular prontamente revertida. No quinto dia de pós-operatório (DPO) submeteu-se a esofagografia com contraste iodado, que não demonstrou escape, sendo imediatamente iniciada dieta oral. Recebeu alta hos-

pitalar no décimo DPO. O exame anatomopatológico do divertículo mostrou benignidade. Em seu último controle clínico, após 18 meses de pós-operatório, a paciente encontrava-se bem, sem disfagia ou sintomas de refluxo gastroesofágico.

## DISCUSSÃO

A disfagia é queixa freqüente dos pacientes que procuram os consultórios de clínicos, gastroenterologistas, e cirurgiões do aparelho digestivo. Muitos pacientes com divertículo epifrênico do esôfago são assintomáticos ou com disfagia mínima. Outros sintomas, como tosse, dor torácica, vômitos alimentares, regurgitação e aspiração podem estar presentes. Na prática clínica, os pacientes com disfagia deveriam ser investigados em busca de doença causadora. Assim, a radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno (REED), associada a endoscopia digestiva alta, fornecem, na maioria dos casos, subsídios para o diagnóstico.

A esofagografia e a manometria fornecem informações complementares. A investigação da acalasia do esôfago, causada pela doença de Chagas, torna-se obrigatória em nossa região, zona endêmica desta doença. A manometria e a pHmetria esofágica têm sido recentemente utilizadas no nosso meio e certamente auxiliam, de forma importante, o estudo destes pacientes disfágicos. Os portadores de divertículos epifrênicos do esôfago podem ser pouco ou muito sintomáticos, e os sintomas não guardam relação com a localização e/ou tamanho do divertículo, mas com o distúrbio de motilidade do órgão, na maioria das vezes presente.<sup>3</sup> Assim, a manometria esofágica, embora possa falhar em demonstrar distúrbios de motilidade intermitentes, é fundamental na avaliação da desordem motora bem como na sua extensão, e orienta no tratamento conservador ou cirúrgico. O diagnóstico diferencial deve ser feito com doenças esofágicas que determinam disfagia, como a acalasia (chagásica ou não), doença do refluxo gastroesofágico, estenoses péptica, cáustica e neoplásica, espasmo difuso, e outros.<sup>2</sup> A decisão em relação ao tratamento cirúrgico pode ser difícil. Acredita-se que aqueles pacientes com divertículos de esôfago assintomáticos ou com sintomas mínimos possam ser tratados conservadoramente, com medicamentos que determinem relaxamento na musculatura esofágica, porém com acompanhamento periódico. Todavia, naqueles pacientes com sintomas incapacitantes, o tratamento cirúrgico não deve ser protelado. Cuidados durante a intubação anestésica devem ser tomados para prevenção de regurgitação de conteúdo porventura presentes no divertículo. Embora muitos divertículos se encontrem à direita, a toracotomia à esquerda facilita a esofagomiectomia e o procedimento anti-refluxo.

Embora alternativas técnicas sejam utilizadas (diverticulopexia associada a miotomia, dentre outras), geralmente o tratamento operatório compreende a ressecção do divertículo (diverticulectomia) e, principalmente, a esofagomiectomia ampla, corrigindo assim o distúrbio de maior importância.

Os divertículos pequenos podem ser corrigidos pela miotomia. Se a manometria foi realizada e mostra motilidade normal, a miotomia deve ser realizada próximo ao local da diverticulectomia, mas se houver distúrbio de motilidade, a esofagomiotomia deve ser ampla e sempre contralateral ao local da ressecção do divertículo.<sup>2</sup> A realização associada de procedimento anti-refluxo é controversa, assim como a técnica a ser utilizada. Alguns autores defendem este procedimento por haver rompimento dos mecanismos fisiológicos anti-refluxo, quando é feita a miotomia na junção esofagogástrica.<sup>2-3</sup> Outros preferem realizá-la de forma seletiva na dependência dos achados manométricos. Quando definida sua indicação, a técnica

de Belsey-Mark IV é a mais usada.<sup>4</sup> Um dreno tubular em selo d'água é inserido na cavidade pleural. A incidência de fístula pode chegar a 21%, sendo que na série de Benacci et al<sup>4</sup> foi de 18,2%, e maior nos pacientes onde se realizou a técnica anti-refluxo. A mortalidade pode chegar a 9,1%, estando geralmente associada a distúrbio de motilidade e presença de fístula com suas conseqüências.

Recentemente o procedimento tem sido descrito através de videotoroscopia.<sup>5</sup> A realimentação oral poderá ser iniciada no quinto dia de pós-operatório, após realização de esofagografia com contraste iodado, para excluir a presença de fístula.

---

## ABSTRACT

*Disphagia is a very common complaint among patients seeking a gastroenterologists. Esophageal motility disorder is a frequent finding, at times associated with pulsion diverticula. We present a case of a 68 year old female patient with thoracic pain and double epiphrenic diverticula. The upper gastrointestinal tract examination revealed two epiphrenic diverticula, one with 6-7 cm and the other measuring 2 cm, located 30 cm from the dental arcade. She underwent surgical treatment to remove the larger diverticula, a long esophageal myotomy and a Belsey-Mark IV antireflux technique. She presented an uneventful recovery and is doing well 18 months following surgery.*

**Key Words:** *Disphagia; Epiphrenic diverticulum; Thoracic pain; Thorascopic.*

---

## REFERÊNCIAS

1. Allen TH, Clagett OT – Changing concepts in the surgical treatment of the pulsion diverticula of the lower esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1965;50:455-62.
2. Orringer MB – Epiphrenic diverticula: fact and fable. *Ann Thorac Surg* 1993;55:1067-8.
3. Belsey R – Functional disease of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1966;52:164-88.
4. Benacci JC, Deschamps C, Trastek VF, et al – Epiphrenic diverticulum: results of surgical treatment. *Ann Thorac Surg* 1993; 55:1109-14.
5. Stuart RC, Wyman A, Chan AW, et al – Thorascopic resection of esophageal diverticulum: a case report. *J R Coll Edinb* 1996;41: 118-9.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Frederico Lucchini Coutinho  
Rua Dona Cecília, 500/1703  
30220-070 – Belo Horizonte – MG