



Revista colombiana de Gastroenterología

ISSN: 0120-9957

ISSN: 2500-7440

Asociación Colombiana de Gastroenterología

Mazucato, Juliana Bertassi; Carpentieri-Ferrarezi, Fernando;
Almodova, Emiliano de Carvalho; Lima, Luiza Cavalero de
Pseudodiverticulosis intramural del esófago
Revista colombiana de Gastroenterología, vol. 37, núm. 1, 2022, Enero-Marzo, pp. 78-82
Asociación Colombiana de Gastroenterología

DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.708>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337770436010>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

The logo for Redalyc, featuring the text 'redalyc.org' in a stylized font with a red dot above the 'y'.

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Pseudodiverticulosis intramural del esófago

Esophageal Intramural Pseudodiverticulosis

Juliana Bertassi Mazucato^{1*},  Fernando Carpentieri-Ferrarezi¹,  Emiliano de Carvalho Almodova²,  Luiza Cavalero de Lima¹ 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Mazucato JB, Carpentieri-Ferrarezi F, Almodova EC, Cavalero de Lima L. Pseudodiverticulosis intramural del esófago. Rev Colomb Gastroenterol. 2022;37(1):78-82. <https://doi.org/10.22516/25007440.708>

¹ União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO), São José do Rio Preto, Brasil.

² União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO), Profesor. São José do Rio Preto, Brasil

Correspondencia: Juliana Bertassi Mazucato. ju.bertassi93@gmail.com

Fecha recibido: 14/01/2021

Fecha aceptado: 09/12/2021



Resumen

Reporte de dos casos de pseudodiverticulosis esofágica intramural, una enfermedad muy inusual, con otros 240 casos reportados en toda la literatura mundial desde 1960. Su etiología y patogenia aún no se conocen completamente; sin embargo, se cree que existe una hipertrofia de las glándulas submucosas, con inflamación crónica, fibrosis y consecuente estenosis esofágica, lo que provoca disfagia, que es la principal manifestación de la pseudodiverticulosis esofágica intramural. El examen radiológico del esófago con contraste de bario (esofagograma) y la endoscopia digestiva alta (EDA) son los principales métodos de diagnóstico. Ambos casos reportados se trataron con dilatación endoscópica, lo que ejemplifica la seguridad y eficacia de dicha opción terapéutica para el tratamiento de la disfagia en estos individuos.

Palabras clave

Pseudodiverticulosis intramural del esófago, dilatación endoscópica, disfagia.

Abstract

A report of two cases of esophageal intramural pseudodiverticulosis, a very unusual disease, with other 240 cases reported in the entire world literature since 1960. Its etiology and pathogenesis are still not fully understood. However, it is believed that hypertrophy of the submucosal glands, with chronic inflammation, fibrosis, and consequent esophageal stenosis, causes dysphagia, which is the primary manifestation of esophageal intramural pseudodiverticulosis. The main diagnostic methods include the radiological examination of the esophagus with barium contrast (esophagogram) and esophagogastroduodenoscopy (EGD). Both reported cases were treated with endoscopic dilation, exemplifying the safety and efficacy of this therapeutic option for treating dysphagia in these individuals.

Keywords

Esophageal intramural pseudodiverticulosis, endoscopic dilation, dysphagia.

INTRODUCCIÓN

La pseudodiverticulosis intramural del esófago (PDIE) es una enfermedad extremadamente rara, que se describió por primera vez en 1960 por Mendl y colaboradores. Desde entonces se han recopilado alrededor de 240 casos publicados en todo el mundo hasta 2014⁽¹⁾. La PDIE afecta principalmente a los hombres durante la sexta década de la vida⁽²⁾.

Su etiología y patogenia aún no se conocen del todo, pero la principal hipótesis para explicar la PDIE es que existe una hipertrofia de las glándulas submucosas, con dilatación quística de los conductos excretores. Durante el curso de la enfermedad, la inflamación de las glándulas submucosas puede provocar fibrosis de la pared esofágica, con estrechamiento consecutivo de la luz. La estenosis esofágica conduce a disfagia, presente en hasta el

80% de los pacientes, así como a impactos dietéticos y a desnutrición⁽²⁻⁵⁾.

El diagnóstico se establece mediante una endoscopia digestiva alta (EDA) y un examen radiológico del esófago con contraste de bario (esofagograma). El examen histológico es fundamental para diferenciar entre las estenosis benignas y las malignas. Durante la EDA es posible visualizar numerosos ostios, al medir entre 2 a 4 mm con colecciones blanquecinas en el exterior de la pared esofágica, además de la estenosis. En el esofagograma se aprecia un estrechamiento esofágico y pequeñas áreas de acumulación de contraste, correspondientes a los pseudodivertículos⁽²⁾.

El tratamiento convencional se basa en el alivio de los síntomas. La disfagia se trata mediante dilatación endoscópica con sondas Savary-Gilliard. Cuando hay reflujo gastroesofágico y moniliasis, estos se tratan con medicamentos específicos. La mayoría de los casos de PDIE tiene una buena evolución con este esquema terapéutico⁽³⁾. Rara vez fue necesaria la esofagectomía⁽⁶⁾.

MATERIALES, MÉTODOS Y RESULTADOS

Caso 1

Mujer de 73 años, natural y residente de la ciudad de Barretos, SP, Brasil. Fumadora con carga de 60 paquetes/año. Tenía un síntoma de disfagia intermitente progresiva durante 17 años. Durante este período realizó una dieta pastosa, incluso presentó impactación alimentaria tratada por endoscopia. Buscó asistencia médica cuando presentó disfagia por líquidos, pero el diagnóstico de PDIE tomó 1 año. Durante este período presentó una pérdida de peso de 35 kg y se sometió a una gastrostomía quirúrgica. Después del diagnóstico se consultó para dilatación con sondas Savary-Gilliard. Se inició tratamiento con sonda de 5,0 mm. Tras la segunda sesión se alcanzó el diámetro de 11 mm. En este punto comenzó a ingerir sólidos y le quitaron la sonda de gastrostomía. El tratamiento con dilataciones se prolongó durante 6 meses, para un total de 5 sesiones. También recibió fluconazol para el tratamiento de la moniliasis esofágica, presente en todas las endoscopias realizadas, además de tratamiento con omeprazol para la esofagitis por reflujo gastroesofágico (ERGE), agravada por una hernia de hiato. El paciente tuvo una excelente respuesta al tratamiento y ha permanecido asintomática durante 3 años (**Tabla 1** y **Figura 1**).

Caso 2

VJR, 55 años, varón, nacido en Valparaíso, SP, y residente de la ciudad de Tucuruí, PA, Brasil. Presentó disfagia durante 10 años. En este período comió solo alimentos

Tabla 1. Cuadro clínico, hallazgos endoscópicos y respuesta terapéutica de los casos reportados

Datos personales	Caso 1	Caso 2
Sexo	Femenino	Masculino
Tiempo de disfagia (años)	Sí (17 años)	Sí (10 años)
Impactación	Sí	Sí
Esofagitis por ERGE	Sí	Sí
Moniliasis	Sí	Sí
Fumador	Sí	Sí
Utiliza bebidas alcohólicas	No	Sí
Pérdida de peso (kilos)	35	No
Aumento de peso después del tratamiento	Sí	Sí
Estenosis esofágica	Sí	Sí
Tratamiento con dilatación esofágica	Sí (hasta 11 mm)	Sí (hasta 12,8 mm)
Tiempo de retorno de la disfagia	Asintomática hace 3 años	6 meses

ERGE: esofagitis por reflujo gastroesofágico. Fuente: tabla elaborada por el autor

pastosos y líquidos. Tuvo impactación de alimentos por 4 veces y requirió extracción endoscópica. Cuando buscó ayuda médica había estado bebiendo líquidos durante 3 meses. Informó de los síntomas de disfagia, pirosis y reflujo gastroesofágico moderado en el uso crónico de omeprazol. Afirma consumir bebidas alcohólicas al menos 1 vez al mes y es fumador con una carga de tabaquismo de 32 paquetes/año. La PDIE se diagnosticó hace 3 años mediante una endoscopia digestiva alta, cuando también se encontró candida esofágica.

Inicialmente se realizaron 3 sesiones a intervalos de 1 semana. Las dilataciones comenzaron con sondas de 7,0 mm y al final de las 3 semanas llegaron a 12,8 mm, con reversión completa de la disfagia. Debido a la distancia entre el estado de Pará, donde reside el paciente, y la ciudad de São José do Rio Preto, donde se somete al tratamiento, se realizan sesiones de dilatación cada 6 meses, durante los últimos 3 años. El paciente refiere permanecer asintomático durante 5 meses y en el último mes, antes de que la endoscopia de dilatación comience a presentar disfagia por sólidos. También presenta moniliasis siempre que se realiza endoscopia digestiva. Desde el inicio del tratamiento adquirió 11 kilos (**Tabla 1** y **Figura 2**).

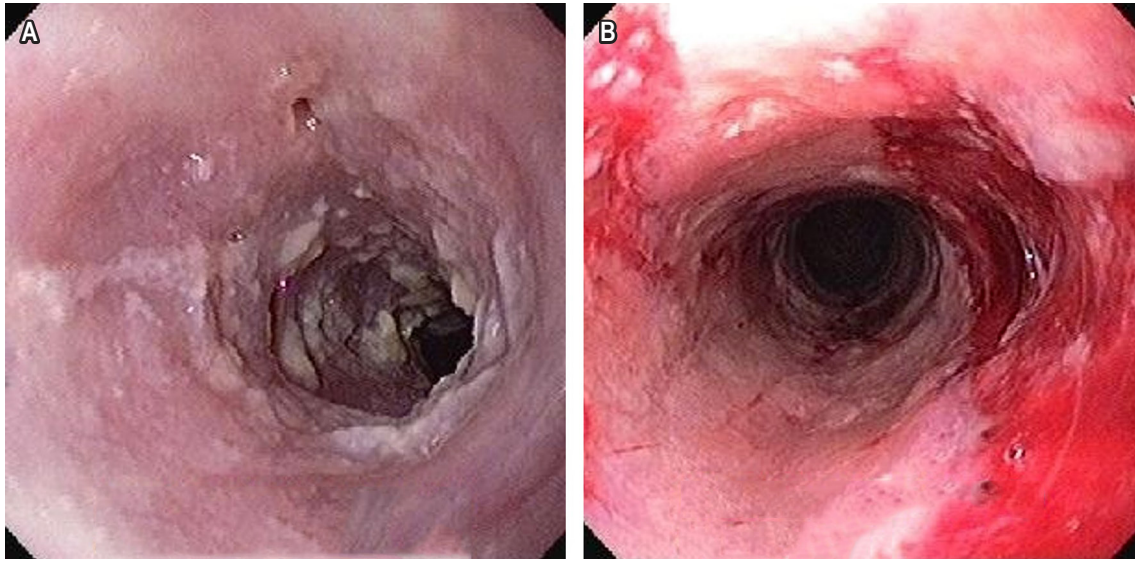


Figura 1. Imágenes endoscópicas del PDIE del paciente del caso 1. **A.** Imagen de diagnóstico de PDIE por moniliasis. **B.** Imagen después de la dilatación endoscópica. Fuente: archivo personal.

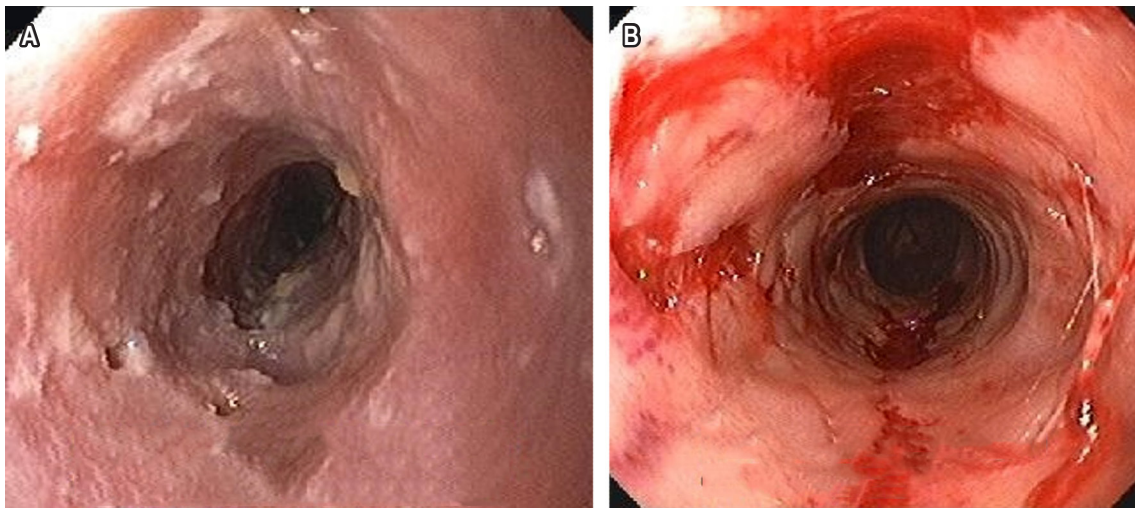


Figura 2. Imagen endoscópica del PDIE del paciente del caso 2. **A.** Imagen de diagnóstico de PDIE por moniliasis. **B.** Imagen después de la dilatación endoscópica. Fuente: archivo personal.

DISCUSIÓN

La disfagia fue el síntoma principal que se presentó en los dos casos reportados en este estudio, también fue la mayor razón por la cual los individuos buscaron ayuda médica. De igual forma, más del 72 % de los pacientes en los siguientes estudios tenía disfagia como síntoma principal^(1-3,5-9).

En los dos casos reportados, los pacientes tienen más de 70 años, muy parecido a los datos aportados en la mayoría de los casos en la literatura médica^(1-3,6,7,9-14). Con excepción de los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que presentaban el padeci-

miento con 35 años, sin evidencia de moniliasis⁽⁸⁾, y a los 45 años (Tabla 2)⁽⁵⁾.

En la suma de los estudios sintetizados en la Tabla 2 se demostró una mayor incidencia de PDIE en varones, pero en este caso se reportó un caso en hombre y otro en mujer^(1,3,5,7-10,13).

La esofagitis por reflujo y la infección por hongos pueden acompañar a la PDIE. En este estudio, ambos pacientes tenían esofagitis por ERGE e infección por *C. albicans*. Los autores^(2,6-10,12) informaron casos de esofagitis por ERGE^(1-3,8,9,12,13), en donde se encontró infección por *Candida* en la biopsia de esófago (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de las principales conclusiones de los informes de casos en la literatura médica

Datos personales	Número de casos	Porcentaje (%)
Años (promedio)	62 años	-
Mujer	03	27,27
Hombre	08	72,72
Síntoma de disfagia	08	72,72
Impacto	03	27,27
Esofagitis por ERGE	07	63,63
Moniliasis	07	63,63
VIH	02	18,18
Fuma cigarrillos	03	27,27
Utiliza bebidas alcohólicas	05	45,45
Estenosis esofágica	05	45,45
Tratamiento con dilatación esofágica	07	63,63
Sin mejoría después de la dilatación	01	09,09
Regresó la disfagia	00	00

ERGE: esofagitis por reflujo gastroesofágico; VIH: virus de inmunodeficiencia humana. Fuente: tabla elaborada por el autor.

Los dos pacientes de este estudio se trataron con dilatación esofágica endoscópica y medicamentos para la esofagitis y la moniliasis por ERGE. En la literatura, 7 estudios informaron tratamiento con dilatación esofágica y medicación para patologías existentes^(1-3,5-7,9).

Estudios de casos^(8,10,12,13) realizaron solo tratamiento conservador con medicación para patologías existentes. De estos, solo uno⁽¹⁰⁾ no mostró mejoría en los pseudodivertículos durante el período de seguimiento (**Tabla 2**).

En los pacientes de este estudio, la mejoría de la disfagia se sintió después de la primera sesión de dilatación endoscópica. Sin embargo, en el caso 2 hubo una recurrencia de disfagia para sólidos 6 meses después de la última sesión de dilatación. Esta evolución se explica por el hecho de que este individuo vive a 2200 km del servicio de salud donde se realiza el tratamiento, por lo que no puede llevar a cabo todas las dilataciones consecutivas hasta que se establezca un diámetro esofágico satisfactorio. El paciente del caso 1 recibió 5 sesiones consecutivas durante un período de 6 meses y permanece asintomático después de 3 años de la última sesión de dilatación endoscópica (**Tabla 2**).

CONCLUSIÓN

Los informes ejemplifican la dificultad de diagnosticar la PDIE y demuestran que la dilatación endoscópica es una opción segura y eficaz para el tratamiento de la disfagia en estos individuos.

REFERENCIAS

- Chino O, Makuuchi H, Kondo Y, Nakamura T, Tanaka Y, Hanashi T, et al. Esophageal intramural pseudodiverticulosis treated by endoscopic balloon dilatation. *Tokai J Exp Clin Med.* 2014;39(3):137-40.
- de Oliveira LL, Carneiro FO, Baba ER, Vilaça TG, Chaves DM, Artifon EL, et al. Esophageal intramural pseudodiverticulosis: a rare endoscopic finding. *Case Rep Med.* 2013;2013:154767. <https://doi.org/10.1155/2013/154767>
- Chiba T, Iijima K, Koike T, Uno K, Asano N, Shimosegawa T. A case of severe esophageal intramural pseudodiverticulosis whose symptoms were ameliorated by oral administration of anti-fungal medicine. *Case Rep Gastroenterol.* 2012;6(1):103-10. <https://doi.org/10.1159/000336846>
- Halm U, Lamberts R, Knigge I, Mössner J, Zachäus M. Esophageal intramural pseudodiverticulosis: Endoscopic diagnosis and therapy. *Dis Esophagus.* 2014;27(3):230-4. <https://doi.org/10.1111/dote.12104>
- Plaza R, Barreiro A, Lorente R, Carrión G, Ponferrada Á, Aldeguer M. Esophageal intramural pseudodiverticulosis: A rare cause of dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2014;106(6):411-2.
- Tyberg A, Jodorkovsky D. A treatment option for esophageal intramural pseudodiverticulosis. *ACG Case Rep J.* 2014;1(3):134-6. <https://doi.org/10.14309/crj.2014.28>
- Attila T, Marcon NE. Esophageal intramural pseudodiverticulosis With food impaction. *Can J Gastroenterol.* 2006;20(1):37-8. <https://doi.org/10.1155/2006/373264>
- Blum-Guzman JP, Velocci V, Munoz JC. Esophageal intramural pseudodiverticulosis with tract formation, without evidence of candidiasis, in a patient with HIV infection. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14(8):e91-e92. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.03.014>
- Takeshita N, Kanda N, Fukunaga T, Kimura M, Sugamoto Y, Tasaki K, et al. Esophageal intramural pseudodiverticulosis of the residual esophagus after esophagectomy for esophageal cancer. *World J Gastroenterol.* 2015;21(30):9223-7. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i30.9223>

10. Chon YE, Hwang S, Jung KS, Lee H, Lee SG, Shin SK, et al. A case of esophageal intramural pseudodiverticulosis. *Gut Liver*. 2011;5(1):93-5.
<https://doi.org/10.5009/gnl.2011.5.1.93>
11. Mendl K, McKay JM, Tanner CH. Intramural diverticulosis of the oesophagus and Rokitansky-Aschoff sinuses in the gall-bladder. *Br J Radiol*. 1960;33(392):496-501.
<https://doi.org/10.1259/0007-1285-33-392-496>
12. Siba Y, Gorantla S, Gupta A, Lung E, Culpepper-Morgan J. Esophageal intramural pseudodiverticulosis, a rare cause of food impaction: Case report and review of the literature. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2015;3(2):175-8.
<https://doi.org/10.1093/gastro/gou035>
13. Tahir M, Ijaz H, Ayub U. Esophageal intramural pseudo-diverticulosis - A case report. *J Gastrointest Cancer Stromal Tumor*. 2017;2(3):118.
<https://doi.org/10.4172/2572-4126.1000118>
14. Weigt J, Obst W, Kandulski A, Pech M, Canbay A, Malfertheiner P. Road map fluoroscopy successfully guides endoscopic interventions in the esophagus. *Endosc Int Open*. 2017;5(7):E608-12.
<https://doi.org/10.1055/s-0043-111719>