

en pacientes de riesgo. La biopsia hepática no se considera imprescindible para el diagnóstico en todos los casos. La evolución es excelente en la mayoría de los pacientes tras la instauración de tratamiento con penicilina G benzatina.

Bibliografía

1. Lee M, Wang C, Dorer R, Ferguson L. A great masquerader: Acute syphilitic hepatitis. *Dig Dis Sci.* 2013;58:923–5.
2. Ibáñez M, Varela M, Rodríguez-Peláez M, Mancebo A, García-Mayor MA, Pereira R, et al. Luetic hepatitis. An emerging entity. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:610–3.
3. Tang AL, Thin RN, Croft DN. Síndrome nefrótico y hepatitis en sífilis temprana. *Postgrad Med J.* 1989;65:14–5.
4. Maincent G, Labadie H, Fabre M, Novello P, Derghal K, Patriarce C, et al. Tertiary hepatic syphilis. A treatable cause of multinodular liver. *Dig Dis Sci.* 1997;42:447–50.
5. Mullick CJ, Liappis AP, Benator DA, Roberts AD, Parenti DM, Simon GL. Syphilitic hepatitis in HIV-infected patients: A report of 7 cases and review of the literature. *Clin Infect Dis.* 2004;39:100–5.
6. Mandache C, Coca C, Caro-Sampara F, Haberstezer F, Coumaros D, Blicklé F, et al. A forgotten aetiology of acute hepatitis in immunocompetent patient syphilitic infection. *J Intern Med.* 2006;259:214–5.
7. Balikocioglu A, Quaidoo E, Vulentin JC, Trotman BW. Hepatitis y glomerulonefritis en sífilis secundaria. *J Assoc Acad Minor Phys.* 1991;2:72–5.
8. Dayan L, Ooi C. Syphilis treatment: Old and new. *Expert Opin Pharmacother.* 2005;6:2271–80.

Raúl Honrubia-López*, Jose Luis Rueda-García, Aurora Burgos-García, Ruben Fernández-Martos y Pedro Mora-Sanz

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raul.honru@gmail.com

(R. Honrubia-López).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.08.010>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Disfagia por pseudodiverticulosis esofágica intramural: inusual hallazgo endoscópico



Dysphagia caused by intramural oesophageal pseudodiverticulosis: An unusual endoscopic finding

Presentamos el caso de una paciente mujer de 42 años de edad, que fue remitida a nuestro servicio por disfagia esofágica progresiva a sólidos, de 5 años de evolución. Refirió reiterados episodios de impactación alimenticia, que cedieron espontáneamente sin necesidad de extracción endoscópica. Como antecedentes personales presentaba infección por VIH desde hace 10 años, con un tratamiento que cumplía parcialmente, un episodio de candidiasis esofágica 3 años previos a la consulta por la cual recibió tratamiento antifúngico que mejoró parcialmente el cuadro, consumo de alcohol de 200g/día durante 10 años y tabaquismo. Se realizó una videoendoscopia alta observando sectores con luz dilatada y otros estrechos, sin contenido alimentario. Se encontraron múltiples orificios pequeños, de entre 2 y 4 mm de diámetro, con diferentes profundidades, a la semiología la mucosa estaba indurada (figs. 1 y 2). Se tomaron múltiples biopsias con resultados inespecíficos, pero descartaron esofagitis eosinofílica. Se inició tratamiento con inhibidores de bomba de protones con mejoría de la disfagia a las 24h. Se otorgó el alta hospitalaria y se indicó seguimiento en infectología y gastroenterología.

La pseudodiverticulosis intramural esofágica es una rara enfermedad benigna, descrita inicialmente por Mendel en el año 1960¹. En estudios retrospectivos radiológicos, esta situación se observó en el 0,15% de los estudios esofágicos². Hay poco más de 250 casos publicados, con un leve predominio en varones a partir de la sexta década de la vida.

Consiste en pequeñas invaginaciones saculares de la pared esofágica con afectación segmentaria (de predominio proximal) o difusa³. La patogénesis es desconocida, pero se cree puede ser el resultado de la obstrucción de la luz por la inflamación de las glándulas submucosas o por la fibrosis de la pared esofágica. Se la han asociado con enfermedad por reflujo, diabetes mellitus, candidiasis esofágica, acalasia, Mallory Weiss, consumo de alcohol y tabaquismo⁴. El síntoma predominante es la disfagia esofágica, presente hasta en el 80% de los pacientes y en ocasiones puede producir impactación alimentaria; sin embargo, puede ser asintomática. El tránsito baritado esofágico es un método de diagnóstico más sensible, en el que se observan orificios estrechos y pequeñas evaginaciones en la pared esofágica en continuidad con la luz. Estas lesiones se observan por gastroscopia, solo en un 20% de los casos^{5,6}. La tomografía computarizada se caracteriza por un engrosamiento difuso de la pared esofágica que puede simular gas intramural, e irregularidades en la luz del órgano. En la mayoría de los casos, el diagnóstico histológico solo es posible a partir de muestras quirúrgicas, donde se observa dilatación de los conductos excretores de las glándulas submucosas. El informe histológico de las biopsias endoscópicas, usualmente muestran una esofagitis inespecífica. La infección por *Candida* se reconoce en un elevado porcentaje de los casos, como en esta paciente, pero se desconoce si cumple un rol etiológico o es incidental y debe tratarse si se diagnostica ya que mejora los síntomas⁷. La principal complicación es la estenosis, la cual se describe en hasta el 80-90% de los casos, pero la disfagia ocurre independientemente de este hallazgo. Algunos autores describieron una mayor prevalencia de cáncer de esófago en esta enfermedad; sin embargo, no existe evidencia bibliográfica que la apoye como condición premaligna. Otras complicaciones como fístula esofágica o perforación son raras. El tratamiento consiste en instaurar medidas para controlar la enfermedad por reflujo, la abstinencia de alcohol y el tratamiento con antibióticos para

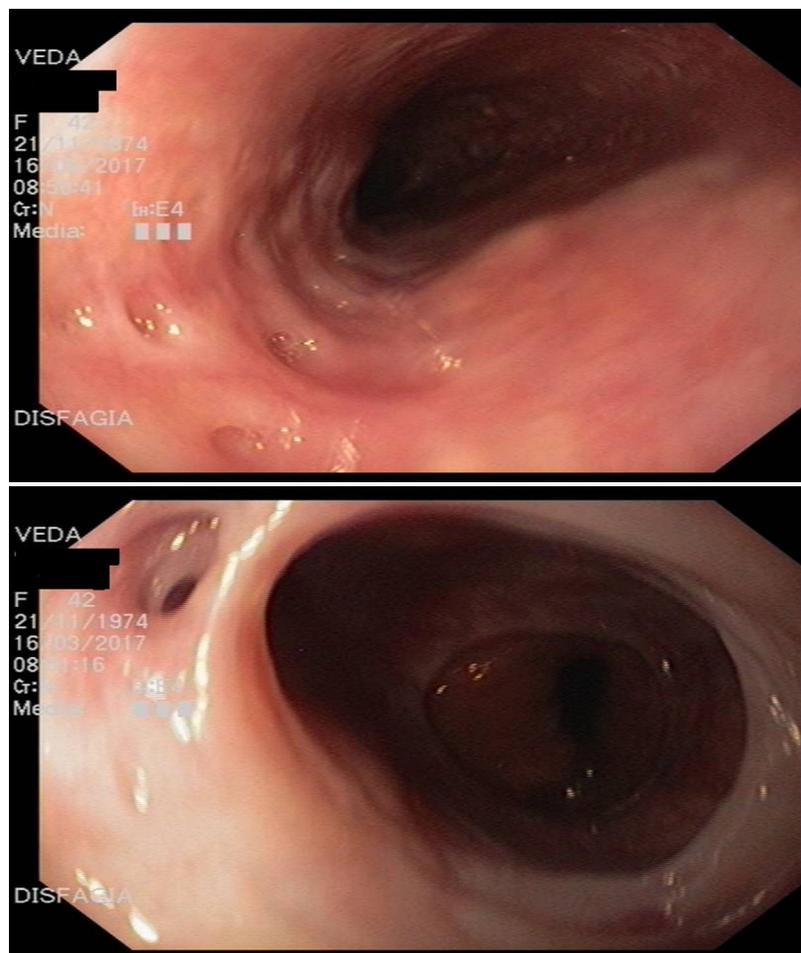


Figura 1 A y B) Esófago con áreas estrechas con divertículos y puentes mucosos.

las infecciones asociadas. En los pacientes con estenosis se ha informado de que la dilatación endoscópica proporciona una mejora de los síntomas y en ocasiones es necesaria la cirugía⁸. En el seguimiento a largo plazo, no se observa una regresión de los pseudodivertículos, a pesar de la mejoría clínica y el tratamiento adecuado.

Bibliografía

- Mendl K, Tanner CH. Intramural diverticulosis of the oesophagus and Rokitansky-Aschoff sinuses in the gall-bladder. *Br J Radiol.* 1960;33:496–501.
- Yamamoto S, Tsutsui S, Hayashi N. Esophageal intramural pseudodiverticulosis: A rare cause of esophageal stricture. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010;8:A28.
- Van Laer W, Urbain D, Reynaert H. Esophageal intramural pseudodiverticulosis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:A22.
- Chon YE, Hwang S, Jung KS, Lee HJ, Lee SG, Shin SK, et al. A case of esophageal intramural pseudodiverticulosis. *Gut Liver.* 2011;5:93–5.
- Tsuboi J, Tajika M, Nakamura T, Kawai H, Bhatia V, Takayama R, et al. Endoscopic features of short-term progression of esophageal intramural pseudodiverticulosis. *Endoscopy.* 2010;42 Suppl 2:E92–3.
- Halm U, Lamberts R, Knigge I, Mössner J, Zachäus M. Esophageal intramural pseudodiverticulosis: Endoscopic diagnosis and therapy. *Dis Esophagus.* 2014;27:230–4.
- 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;6:103–10.
- Teraishi F, Fujiwara T, Jikuhara A, Kamitani S, Morino Y, Sato K, et al. Esophageal intramural pseudodiverticulosis with esophageal strictures successfully treated with dilation therapy. *Ann Thorac Surg.* 2006;82:1119–21.

Mariano Biagioni*, Juan Ignacio Olmos, Pablo Antelo, Carlos Waldbaum, Andrés Wonaga y Juan Sordá

División Gastroenterología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marianobiagioni@gmail.com (M. Biagioni).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.08.011>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.