

Patología infrecuente en estudios baritados.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Laura Domínguez Gómez, María José Regaña Feijoó, Guillermo García Gutierrez, Tania Díaz Antonio, María Del Mar García Gallardo, Juan López Hidalgo

Objetivos Docentes

Se presentan una serie de casos de patología infrecuente hallada en estudios digestivos baritados. Presentamos casos estudiados en la sección de radiología digestiva de nuestro hospital que a pesar de su rareza, consideramos importante el conocimiento de las mismas por parte del radiólogo. La serie de casos que presentamos incluye esofagitis eosinofílica, pseudodiverticulosis intramural esofágica, melanoma esofágico, xantogranulomatosis duodenal, divertículo intraluminal, fibrosis mesentérica y adenoma vellosa. Adjuntaremos datos clínicos relevantes, imágenes adquiridas así como el diagnóstico diferencial de cada caso.

Revisión del tema

Caso 1:

Varón de 66 años, fumador y bebedor. AP: DM tipo 2, cardiopatía isquémica, hemorragia digestiva alta y H. pylori tratado. Acude al hospital por melenas diagnosticándose en el área de Urgencias de ángor hemodinámico SCASEST secundario a anemia severa.

Durante el ingreso se realizó un tránsito esofágico visualizando numerosas dilataciones saculares Fig.1 de pequeño tamaño en forma de matraz paralelas al eje de la luz esofágica pudiendo ocasionalmente no verse la comunicación entre el pseudodivertículo y la luz esofágica Fig2.; así mismo también se objetivó la presencia de vías intramurales (puentes entre pseudodivertículos) Fig 3., Todos estos hallazgos eran compatibles de pseudodiverticulosis intramural esofágica.

Posteriormente se realizó una EDA visualizando úlceras esofágicas múltiples y orificios profundos de pequeño diámetro Fig 4.

La pseudodiverticulosis esofágica es una enfermedad rara, que predomina en la edad adulta en hombres de edad media (45-65 años), cuya etiología y patogenia son desconocidas. A nivel de la glándulas profundas de la mucosa se produce una obstrucción por material denso viscoso secundario a un proceso inflamatorio o descamativo a nivel del epitelio.

Pese a que su etiología es desconocida, ante dichos hallazgos radiológicos se debe descartar la presencia de diversas patologías tales como la esofagitis crónica, ERGE, estenosis, candidiasis, alteraciones de la motilidad, formación de membranas esofágicas, alcoholismo crónico y diabetes.

Con respecto al tratamiento si el paciente está asintomático no requiere tratamiento, no obstante pueden presentar disfagia secundaria a la existencia de estenosis, en estos casos se realizará dilatación con balón.

Caso 2:

Varón de 19 años que acude a Urgencias por disfagia a sólidos. Como antecedentes personales presenta alergias a múltiples alimentos. En la analítica sólo destaca eosinofilia.

En la EDA se visualiza una zona de estenosis Fig 5 y se toman muestras para estudio histológico. Posteriormente se realiza un tránsito esofágico visualizando pliegues transversales en tercio superior y medio Fig.6, que dada la clínica, analítica y hallazgos radiológicos cabe descartar esofagitis eosinofílica que posteriormente se confirmó en el estudio histológico.

El término de esofagitis eosinofílica fue mencionado por primera vez en 1993 por Attwood et al., describiéndolo como un trastorno inflamatorio en varones jóvenes con clínica de disfagia de larga evolución con antecedentes de atopia, alergias alimentarias y eosinofilia periférica. Se produce por una respuesta inflamatoria tras la ingesta de determinados alimentos en pacientes con predisposición genética.

Se puede asociar a presencia de estenosis segmentarias, pliegues transversales y disminución del calibre esofágico por debajo de los 20 mm Fig 7.

En el estudio anatomopatológico deben visualizarse más de 20 eosinófilos por campo que junto con los antecedentes clínicos y los hallazgos radiológicos y endoscópicos nos sugieren su diagnóstico.

El tratamiento consiste en la retirada de la dieta de determinados alimentos, tratamiento con corticoides (orales o inhalados) e IBP y si presenta estenosis tratamiento de la misma.

Caso 3:

El melanoma primario maligno del esófago es un tumor no epitelial extremadamente raro que tiene un mal pronóstico. Se suele dar en varones de entre 60-70 años con afectación de dos tercios distales esofágicos. Los melanocitos del epitelio escamoso esofágico o de la membrana basal pueden ser los precursores de focos de melanocitosis y de melanoma primario maligno.

Nuestro paciente era un varón de 75 años con disfagia de varias semanas de evolución, la presentación habitual en este tipo de casos.

Esofagograma de bario se apreciaba una extensa lesión endoluminal de bordes irregulares que afectaba al tercio medio y parte del inferior esofágico Fig 8 y Fig 9.

EDA: lesión de aspecto polipoide, mamelonada que ocluía parcialmente la luz esofágica, con pigmentación parcheada y mucosa friable.

El 30-40% de los pacientes presentan compromiso ganglionar linfático en el diagnóstico y el 85% fallecen por enfermedad diseminada a pesar del tratamiento .

Las metástasis pueden encontrarse por orden de frecuencia en el hígado, mediastino, pulmón y cerebro.

De acuerdo a los criterios que establecieron Allen y Spitz, se define al melanoma primario como:

1. La lesión tiene estructura manifiesta de melanoma y contiene pigmento de melanina.
2. Se encuentran melanocitos en el epitelio adyacente.
3. El tumor es de configuración polipoide.
4. Surge en un área con actividad de unión sobre un epitelio escamoso.

El melanoma primario del esófago no tiene historia de melanoma y debe descartarse al examen físico al menos en piel, ojo, ano o vagina.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el carcinoma escamoso fusocelular, leiomioma, sarcoma de Kaposi, GIST y con metástasis de otro melanoma.

Es un tumor muy agresivo pues en general la quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia no son útiles.

Caso 4:

Mujer de 19 años que es derivada por su médico de atención primaria para la realización de un EGD con bario debido a la presencia de molestias abdominales.

En el estudio baritado se objetivó una imagen compatible con divertículo endoluminal. Fig 10, 11, 12.

El divertículo intraluminal es un entidad poco frecuente que se suele diagnosticar en paciente de edad pediátrica. Puede aparecer como un hallazgo incidental en estudios en los que se administras contraste oral o en colangioRM debido a que las molestias abdominales se pueden confundir con clínica de cólico biliar o como en nuestro caso en pacientes con molestias abdominales. El tratamiento más efectivo que consigue una resolución completa de los síntomas en la resección del divertículo mediante duodenotomía.

Imágenes en esta sección:

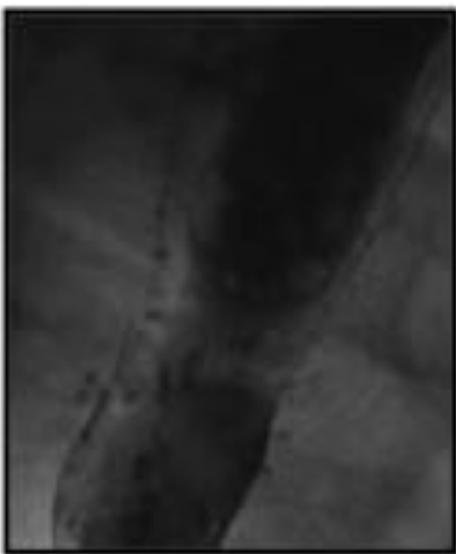


Fig. 1: Dilataciones saculares paralelas a la luz esofágica



Fig. 2: En ocasiones presentan un llenado incompleto del pseudodivertículo por lo que puede dar la impresión de que no existe comunicación con la luz esofágica.



Fig. 3: Puentes intramurales entre pseudodivertículos.



Fig. 4: Presencia de pequeños orificios que corresponden a la imagen radiológica de pseudodiverticulosis.



Fig. 5: Pliegues transversales en paciente con esofagitis eosinofílica.



Fig. 6: Pliegues transversales en el contexto de una esofagitis eosinofílica.



Fig. 7: Disminución de calibre esofágico por debajo de los 20 mm que puede presentarse en la esofagitis eosinofílica.



Fig. 8: Extensa lesión endoluminal esofágica debido a melanoma.

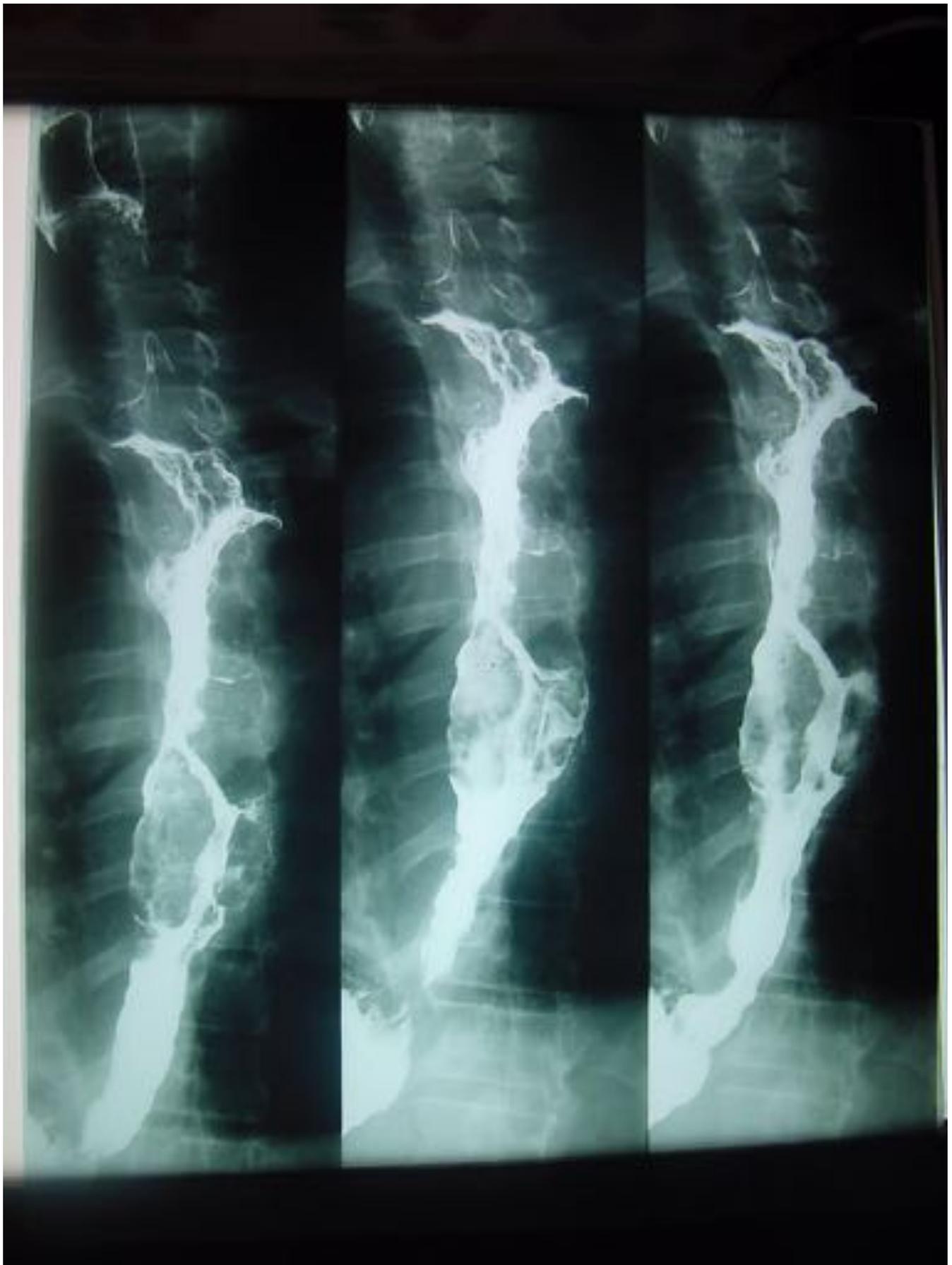


Fig. 9: Lesión endoluminal de bordes irregulares que tras el estudio histológico correspondía a un melanoma esofágico.

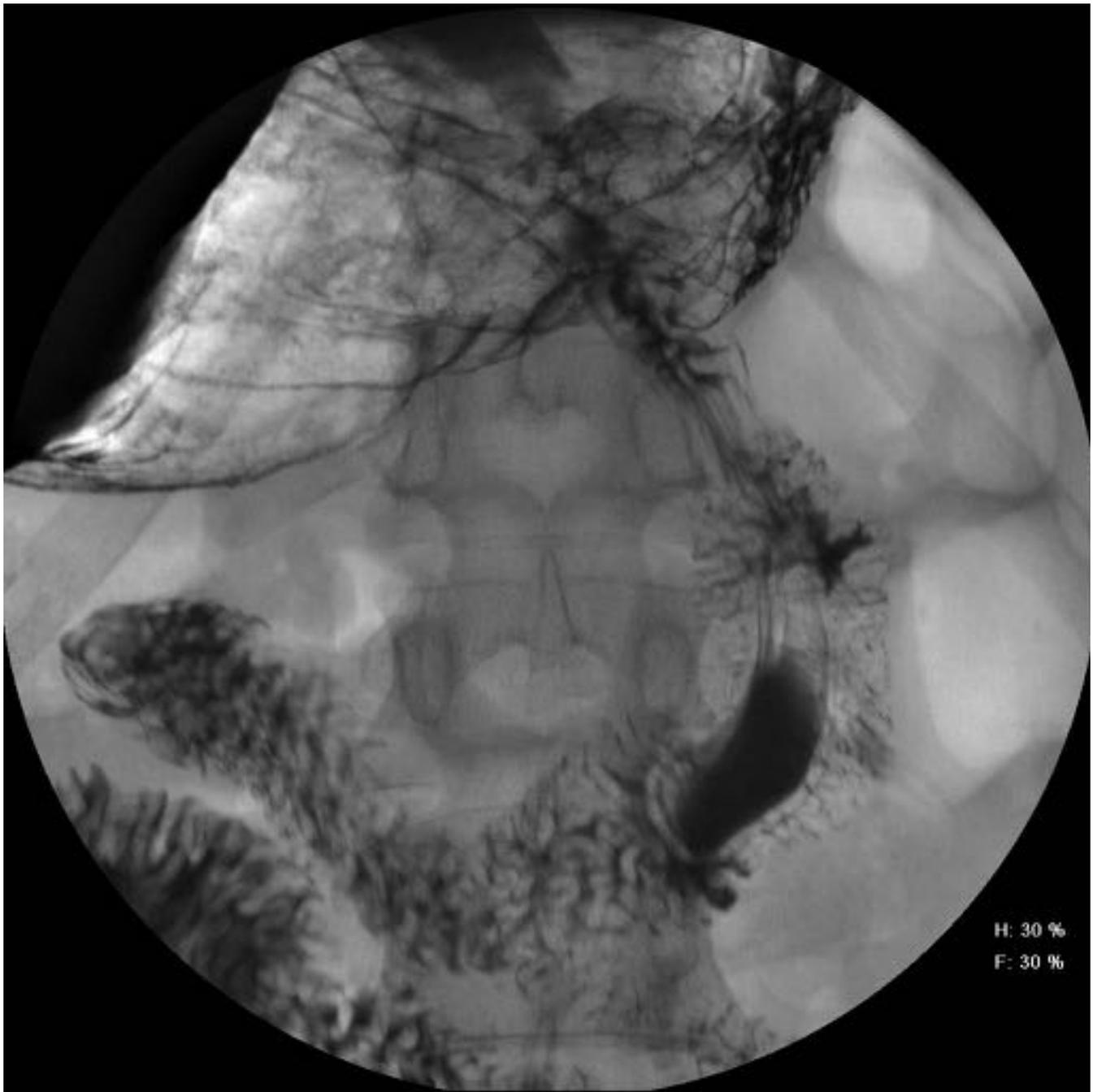


Fig. 10: EGD en el que se aprecia un divertículo endoluminal en la segunda porción duodenal.



Fig. 11: Divertículo endoluminal.

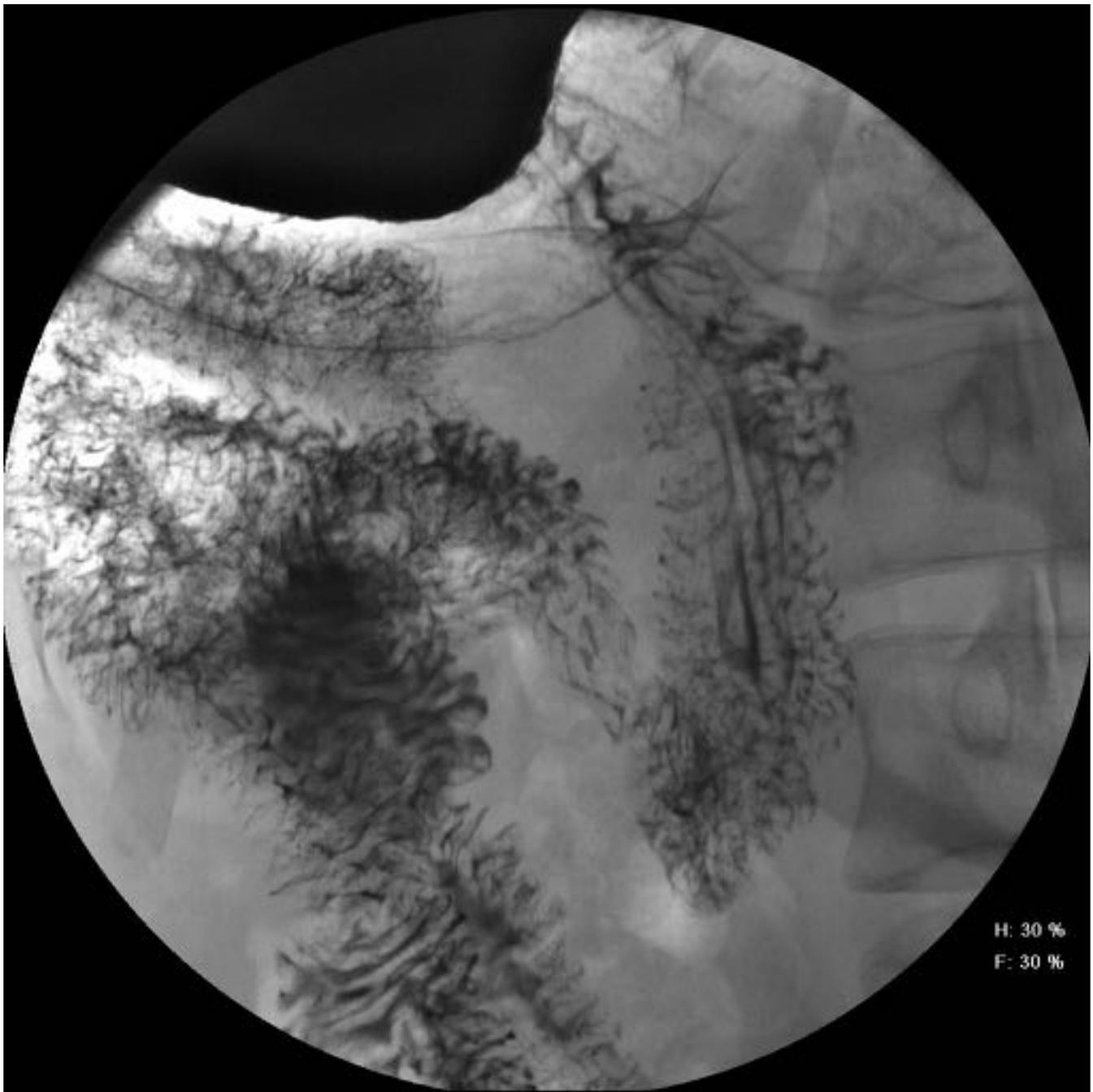


Fig. 12: Divertículo duodenal endoluminal.

Conclusiones

Los estudios baritados, al contrario de lo que puedan pensar algunos autores, tienen un gran papel en la práctica clínica diaria en nuestro medio, por lo que es necesario seamos capaces de interpretar este tipo de estudios. En nuestro hospital nos hemos encontrado diversos hallazgos radiológicos que han sido fundamentales en el diagnóstico de diversas patologías.

Bibliografía / Referencias

1. Silvana Federici, Pier Luca Ceccarelli, Rosanna Lazzari, Angela Collina, Giovanni Tani. Intraluminal duodenal diverticulum: a rare cause of abdominal pain in childhood. *Pediatric Surgery International* 1989; 4(6): P419-421.
2. Cheri L. Canon, Marc S. Levine, Ravi Cherukuri, Lawrence F. Johnson, J. Kevin Smith, Robert E. Koehler . Intramural Tracking. *American Journal of Roentgenology*. 2000; (175): P371-374.
3. Stefan L. Zimmerman, BS, Marc S. Levine, MD, Stephen E. Rubesin, MD, Marcia C. Mitre, MD, Emma E. Furth, MD, Igor Laufer, MD, and David A. Katzka, MD. Idiopathic Eosinophilic Esophagitis in Adults: The Ringed Esophagus. *Radiology* 2004; 236(1).
4. Westwood DA, Macemon JB, Coulter GN, Chalmers- Watson TA, Roberts RH. Primary oesophageal malignant melanoma. *J Gastrointest Surg O J Soc Surg Aliment Tract*. 2011;15(7):1286-8.
5. Cabrera Riascos E, Oliveros R, Ospina J, Mesa J, Villarreal R, Contreras H. Melanoma maligno primario del esófago: reporte de un caso y revisión de la literatura Revista Colombiana de Gastroenterología. 2014; 29 (2):157-160.