

XIV Congreso Andaluz de Veterinarios

Descripción de un divertículo epifrénico de tracción en una yegua frisona

AUTORES: Miguel Bajon Roman¹, Jorge De la calle Del barrio², Judit Viu Mella³ -
1 Hospital Veterinario Sierra de Madrid

INTRODUCCIÓN

Dentro de la categoría de patologías esofágicas reportadas en la clínica equina, la presentación de divertículos esofágicos representa un porcentaje bajo. Existen dos tipos de divertículos descritos, los de pulsión y los de tracción.⁽¹⁾ Los divertículos de pulsión suelen involucrar únicamente una de las capas que componen el esófago (mucosa o submucosa), produciéndose una hernia de la misma como consecuencia de defectos adquiridos en la capa muscular del esófago. Por otro lado, los divertículos de tracción, considerados los verdaderos, involucran todas las capas de este, están normalmente asociados a procesos de cicatrización en la región periesofágica y su aparición es menos frecuente. Los divertículos también pueden clasificarse de acuerdo a su localización como divertículos de Zenker's, aquellos ubicados en la unión laringo-esofágica, divertículos parabrónquiales y divertículos epifrénicos presentes en la región más distal del esófago, craneal al hiato esofágico. No existe un cuadro clínico patognomónico para la presencia de divertículos esofágicos, sin embargo, la sintomatología puede incluir obstrucciones recurrentes, falta de apetito, cólicos leves, disfagia, taquicardia, taquipnea, ptialismo, secreción nasal, entre otros.

La raza frisona se encuentra predispuesta genéticamente a la aparición de ciertas patologías, entre ellas megaesófago y divertículos esofágicos comúnmente asociada a una alteración en el depósito de colágeno.⁽²⁾ Ante la presentación de un cuadro clínico compatible con obstrucción esofágica en caballos frisonos, es importante una investigación exhaustiva para confirmar o descartar la posibilidad de megaesófago y/o divertículo.

HISTORIA

Una yegua de raza frisona de 11

años de edad fue remitida al DATO A COMPLETAR UNA VEZ ACEPTADO con carácter de urgencia por presentar inapetencia, signos de dolor cólico leves y obstrucción esofágica de 24 horas de duración.

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO

En el momento de su recepción, la yegua se mostraba de actitud alerta, con una condición corporal de 2,5/5, presentaba una frecuencia cardiaca de 64 latidos por minuto con un ritmo irregularmente irregular, 16 respiraciones por minuto, las mucosas estaban rosas pálidas y húmedas con tiempo de relleno capilar de dos segundos, la motilidad digestiva se encontraba levemente disminuida en los cuatro cuadrantes abdominales y en la lengua presentaba una placa de aspecto blanquecino con halitosis. No presentaba secreción nasal, ni tos, ni ptialismo. En la auscultación pulmonar forzada, no se detectaron alteraciones a nivel pulmonar ni traqueal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó una analítica sanguínea completa en el momento de su ingreso (ver tabla 1).

Parámetro	Valor	Valor referencial ³
Hematocrito	26 %	32-50%
Proteínas totales	6,8 g/dl	5,8-7,7 g/dl
Fibrinógeno	529 mg/dl	<400 mg/dl
Glucosa	259 mg/dl	89-112 mg/dl
Calcio	8,5 mg/dl	11,2-13,6 mg/dl
Globulinas	4,8 g/dl	1,7-4,7 g/dl
Bilirrubina total	4,3 mg/dl	0,2-2,0 mg/dl
Creatinín quinasa	529 U/l	119-287 U/l
Globulos blancos	11,70K/uI	5,4-14,3 k/uI

Tabla 1

Para categorizar la arritmia se efectuó un electrocardiograma en el que se confirmó la presencia de una fibrilación atrial.

En la ecografía transabdominal no se detectaron alteraciones significativas. También se realizó una endoscopia para la evaluación del esófago. A

un metro de distancia desde el ollar se observó una dilatación de la luz esofágica con ligero acumulo de líquido de diez centímetros de longitud. Al avanzar hasta un metro setenta con el endoscopio se halló una obstrucción, provocada por abundante contenido alimenticio tipo paja. Al intentar continuar hacia estomago se visualizó q se trataba de un divertículo, la mucosa de esta zona se mostraba hemorrágica, hiperémica y con pequeñas úlceras de distribución difusa. Sin embargo, el resto de la mucosa esofágica se encontraba normal. La movilidad de la musculatura circular y longitudinal del esófago era normal.

DIAGNÓSTICO

Con base en la historia clínica, examen físico realizado y pruebas complementarias se llegó a un diagnóstico de divertículo esofágico y fibrilación atrial.

TRATAMIENTO

Se intentó resolver la obstrucción mediante la administración de un relajante de musculatura lisa esofágica (buscapina) y sedación profunda. Se intentó resolver la obstrucción mediante sondaje nasogástrico y lavado a presión con agua a través de la sonda. Al no tener éxito, se decidió administrar bicarbonato y carboximetilcelulosa con el fin de lubricar e intentar promover la disolución de la impactación.

Se instauró un tratamiento médico basado en soluciones poliionicas isotónicas compensadas parenterales y antibioterapia de amplio espectro con penicilina procaínica y gentamicina.

EVOLUCIÓN

Pasadas unas horas tras su llegada se intentó nuevamente, sin éxito, desobstruir el divertículo mediante lavado a través de sondaje nasogástrico.

XIV Congreso Andaluz de Veterinarios

Se realizaron radiografías contrastadas usando contraste yodado (Gastrografin®). En las radiografías se confirmó la presencia de un divertículo esofágico (Fig 1) en la porción torácica caudal a unos 10 centímetros del cardias, de forma redondeada y unos 15 centímetros de diámetro aproximadamente. Debido al mal pronóstico de dicha patología, a la imposibilidad de otras opciones terapéuticas y a la evolución desfavorable del animal se decidió optar por la eutanasia humanitaria. En la necropsia se confirmó el diagnóstico presuntivo de un divertículo esofágico, y finalmente se determinó un divertículo epifrénico de tracción. (Fig 2 y 3)

DISCUSIÓN

La presencia de divertículos en el esófago no es una patología frecuentemente descrita en la literatura veterinaria. Aunque aún no se ha establecido una etiología específica, se han barajado múltiples posibilidades como traumatismos, cuerpos extraños, defectos congénitos asociados a quistes intraluminales, e incluso neoplasias.(4) En el caso particular de la raza frisona, debido a un defecto en el depósito de colágeno, existe una predisposición genética a su desarrollo. Dada la elevada incidencia de problemas esofágicos en esta raza es recomendable descartar la presencia de megaesófago o divertículos en animales con obstrucción esofágica. En el caso presentado no se pudo determinar el origen de este divertículo, pero al tratarse de un animal de raza frisona lo más probable es que estuviera asociado al depósito anómalo de colágeno propio de esta raza.

La reparación quirúrgica está indicada en los divertículos esofágicos de pulsión situados en la porción cervical mediante una diverticulectomía (5) aunque existe algún caso de resolución de divertículo torácico mediante toracotomía y seguidamente diverticulectomía.(6)

El tratamiento médico, que es el tratamiento de elección en divertículos intratorácicos, es básicamente paliativo y se centra en resolver el cuadro clínico presente en el momento de la recepción e intentar disminuir la aparición de posibles complicaciones, si no están presentes ya. Los problemas más comúnmente asociados a divertículos esofágicos son la ruptura de la pared del divertículo con la consiguiente pleuritis séptica o una neumonía por aspiración debido a obstrucciones recurrentes.

Los animales con divertículos esofágicos o megaesófago suelen presentar múltiples episodios de obstrucción esofágica u obstrucciones que no pueden resolverse. En el caso descrito la yegua no tenía historia de obstrucciones esofágicas recurrentes ni disfagia, pero si que su condición corporal era pobre debido a un problema de anorexia parcial. La inapetencia de la yegua puede asociarse posiblemente a incomodidad tras las comidas debido a la presencia del divertículo ya que no presentaba otra alteración metabólica que justificara la condición corporal que presentaba.

El caso descrito hace referencia al diagnóstico de un divertículo epifrénico de tracción lo cual no es común ya que los divertículos epifrénicos reportados en diferentes artículos son de pulsión.

(7) En esta yegua se pudo observar en hallazgos post mortem que el divertículo estaba conformado por todas las capas del esófago dejando en evidencia que se trataba de un divertículo de tracción y no de pulsión a pesar de su localización. En la literatura consultada no parece haber descrito, hasta el momento, un divertículo epifrénico de tracción.

En conclusión, los divertículos epifrénicos pueden ser de tracción no solo de pulsión como se describe en la literatura y en caso de un cuadro clínico de obstrucción esofágica en un animal de raza frisona (a pesar de ser un primer episodio como el caso descrito) o en un caso con obstrucciones esofágicas recurrentes deben tenerse en cuenta como diferencial y realizarse una endoscopia para descartar la presencia de ésta u otras patologías de esófago.

REFERENCIAS

1. B Bezdekova, P Janalik. "Oesophageal disorders in horses: retrospective study of 39 cases." *Equine Veterinary Education* (2016); 30,2: 94-99
2. Ploeg, Margreet, et al. "Esophageal dysfunction in Friesian horses: morphological features." *Veterinary pathology* 52.6 (2015): 1142-1147
3. Corley K, Stephen J. *The equine hospital manual*. (2008); Index: 672;678
4. Vriens A, O'Brien TR, Carlson G. "Diverticulum and fistula of the lower cervical esophagus in a horse." *The Canadian Veterinary journal* (1983); 24: 385-387
5. Craig DR, Shivy DR, Pankowski RL, Erb HN. "Esophageal disorders in 61 horses: results of nonsurgical and surgical management." *Veterinary surgery* (1989); 18,6: 432-438.
6. Ford TS, Schumacher J, Chaffin MK, Vacek J, Brumbaugh GW, Crossland LE. "Surgical repair of an intrathoracic esophageal pulsion diverticulum in a horse." *Veterinary Surgery* (1991); 20, 316-319.
7. Gonzalez M, Swor TM, Hines MT. "Perforated epiphrenic diverticulum with secondary septic pleuritis in two horses." *Equine Veterinary Education* (2008); 20,4: 194-200



Figura 1: Radiografía de contraste en que se visualiza el divertículo esofago. | Figura 2: Divertículo esofágico extraído tras necropsia | Figura 3: Una vez retirada la impactación se puede apreciar la ulceración de la mucosa en esa porción