

14333

ESTENOSIS ESOFAGICA CONGENITA

Dr. Paúl Astudillo N.¹, Dr. Darwin Astudillo N.²

RESUMEN

Se estima que la Estenosis Esofágica Congénita ocurre en aproximadamente uno por cada 25.000 nacidos vivos.

Presentamos dos casos clínicos, diagnosticados de Estenosis Esofágica Congénita, tratados en nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica.

En el primer caso, se evidenció una zona estenótica en el tercio distal del esófago, con ausencia histológica de la capa muscular; y, en el segundo un anillo cartilaginoso constrictor. La cirugía realizada fue una operación de Thal con procedimiento antirreflujo (Nissen) y piloroplastia tipo Mickulicz. El control postoperatorio inicial fue favorable clínica y radiológicamente.

La estenosis esofágica congénita es menos común que la anomalía traqueoesofágica congénita (15). Se estima que ocurre en aproximadamente uno por cada 25.000 nacidos vivos. Esta anomalía es el resultado del fracaso en la separación embriológica normal de la tráquea y esófago. Se ha descrito estenosis debido a cartílago, epitelio residual respiratorio y mal desarrollo de la pared muscular. En la gran mayoría de los casos la estenosis del esófago, a diferencia de la atresia y fístula traqueoesofágica, es diagnosticada en la infancia (16, 23, 24, 25).

A continuación presentamos dos casos de estenosis esofágica congénita diagnosticados y tratados en nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica:

Caso 1

Se trata de una niña de 1 año 2 meses de edad, sin antecedentes patológicos, que en el momento de ini-

ciar la alimentación de tipo familiar (sólidos) presenta regurgitación post-prandial precoz concomitante con pérdida de peso de aproximadamente 1 kg. y, estridor laríngeo que se manifiesta en el decúbito dorsal y durante el sueño. Este cuadro clínico tiene 4 meses de evolución.

El esofagograma demuestra un esófago dilatado en toda su extensión terminando a manera de fondo de saco a nivel del cardias con paso muy difícil del medio de contraste al estómago. Además se identifica cuerpo extraño (arete) que se lo extrae por endoscopia.

Caso 2

Paciente varón de 1 año 6 meses de edad, con cuadro clínico de 6 meses de evolución aproximadamente, caracterizado por regurgitación post-prandial precoz que aparecen fundamentalmente después de tomar alimentos sólidos, habitualmente pan y carnes; y, signos de malnutrición moderada. La exploración física no aportó alguna otra información. Radiológicamente se evidencia una porción dilatada del esófago que se continúa con un segmento estenosado de 1.5 cm. de longitud aproximadamente. La esofagoscopia demostró que el orificio de la estenosis se encontraba en el centro de la porción dilatada, y cuya mucosa es de aspecto normal.

Los hallazgos quirúrgicos fueron en el primer caso una zona estenótica en la que se evidencia histopatológicamente ausencia de la capa muscular; y, en el segundo un anillo cartilaginoso constrictor. La Cirugía realizada fue una operación de Thal con procedimiento antirreflujo (Nissen) y piloroplastia tipo Mickulicz. El control postoperatorio a dos meses fue favorable clínica y radiológicamente (26, 28, 29, 30).

¹ Cirujano Pediatra.

² Médico Residente Universitario de Postgrado en Cirugía. Universidad Central del Ecuador.

DISCUSION

Durante los primeros estados de su desarrollo, el esófago tiene la forma de un cordón sólido dentro del cual aparecen vacuolas que, mediante confluencia, producen una luz continua. La canalización inadecuada da lugar a la presentación de diferentes grados de estenosis de la luz, que pueden afectar segmentos más o menos largos. El comienzo de los síntomas dependen de la gravedad de la malformación (1, 2, 3).

En los casos más graves y extensos los síntomas aparecen durante el nacimiento, a partir de la primera ingesta. En los casos más leves la sintomatología, constituida por vómitos y regurgitaciones, no aparece hasta que comienza la toma de sólidos, aproximadamente hacia el octavo mes. Pueden producirse obstrucciones por depósitos de alimentos a la altura de la estenosis. Ocasionalmente, el alojamiento de un cuerpo extraño en esta zona hace necesaria una extracción esofagoscópica. Además, pueden aparecer neumonías aspirativas recidivantes (3, 4, 5, 6, 27).

El diagnóstico se hace mediante un examen radiológico y esofagoscópico (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

El tratamiento consiste en la realización de dilataciones (17, 18, 19, 20, 21, 22), cuyo fracaso demostrado en la persistencia de la sintomatología hace necesario un procedimiento quirúrgico (8, 9, 10, 11, 12).

Recogemos de la literatura una casuística de 335 pacientes pediátricos tratados por la funduplicación anterior descrita por Thal y con un seguimiento de 1 a 8 años, que reporta el 90 o/o de resultados iniciales satisfactorios. El 5 o/o necesitó reoperación debido a recurrencia del reflujo debido a fracaso en la funduplicación o desarrollo de una hernia hiatal (13). Finalmente, también hemos analizado el trabajo realizado por James W. Maher and cols. de la Universidad de Florida quienes realizan el procedimiento combinado Thal-Nissen en 68 pacientes, de los cuales 57 (84 o/o) tuvieron resultados aceptables en un seguimiento promedio de 68 meses, 4 o/o tuvieron una recurrencia temprana de su estenosis, y un adicional 4 o/o presentaron una recurrencia tardía de su estenosis después de una buena respuesta inicial en un período de dos a once años (14).

BIBLIOGRAFIA

1. Bockus, Gastroenterología, cuarta edición. Salvat, 1987 (767-775).
2. Tadataka Yamada, Textbook of Gastroenterology, Vol 1., J. B. Lippin Cott Company, Philadelphia, 1991.
3. Sharma A., et al. Congenital Esophageal Obstruction by Intraluminal Mucosal Diaphragm. Journal of Pediatric Surgery, Vol 26(2): 213, 1991.
4. Maingot et al. Operaciones Abdominales. Panamericana, Buenos Aires, 1990 (567-568).
5. Sabiston et al. Tratado de Patología Quirúrgica. Interamericana. México, 1981 (742-743).
6. Schwartz et. al. Principios de Cirugía. Interamericana. México, 1991 (981-986).
7. Neilson et. al. Distal Congenital Esophageal Stenosis Associated With Esophageal Atresia. Journal of Pediatric Surgery, Vol 26(4): 478, 1991.
8. Andze et. al. Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux in 500 Children With Respiratory Symptoms. Journal of Pediatric Surgery. Vol 26(3): 295, 1991.
9. Molins, L., y col. Anillo de Schatzki, Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 76(3): 290, 1989.
10. Fonkalsrud EW., et al Surgical Treatment of the gastroesophageal reflux syndrome in infants and children. AM. J. Surg. 42: 154, 1987.
11. Thomason MA., Gay BB. Esophageal stenosis with esophageal atresia. Pediatr Radiol. 17: 197, 1987.
12. Eckardt VF, et al. The esophagogastric junction in patients with asymptomatic lower esophageal rings. Gastroenterology, 79: 1980.
13. Ashcraft et. al. Treatment of gastroesophageal reflux in children by Thal fundoplication. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 82: 716, 1981.
14. Maher et. al. Long-term Follow-up of the Combined Fundic Patch Fundoplication for Treatment of Longitudinal Peptic Strictures of the Esophagus. Ann. Surg. July: 64, 1981.
15. Yeung Ck., Spitz L., Brereton R.J., Kiely E.M. Leake J.: Congenital esophageal stenosis due to tracheobronchial remnants: a rare but important association with esophageal atresia. J. Pediatr. Surg. 27(7): 852, 1992.
16. Vergos M., Chapuis O., Lhomme Desages B., Messina M.H.: Congenital stenosis of the esophagus. A rare diagnosis in children and adults. J. Chir. (París). 129(1): 16, 1992.
17. London R.L., Trotman B.W., Di Marino A.J., et al: Dilatation of severe esophageal structures by an inflatable balloon catheter. Gastroenterology, 80: 173, 1981.
18. Dawson S.L., Mueller P.R., Ferrucci J.T., et al: Severe esophageal strictures: Indications for balloon catheter dilatations. Radiology. 153: 631, 1984.
19. Johnsen A., Jensen L.I., Mauritzen K.: Balloon dilatation of esophageal strictures in children. Pediatr. Radiol. 16: 388, 1986.
20. Sato Y., Frey E., Smith E.E., et al: Balloon dilatation of esophageal stenosis in children. AJR. 150: 639, 1988.
21. Goldthorn J.F., Ball W.S. Wilkinson L.G., et al: Esophageal structures in children: Treatment by serial balloon catheter dilatation. Radiology. 153: 655, 1984.
22. Ball W.S., Strife J.L., Rosenkrantz J., et al: Esophageal strictures in children: Treatment by balloon dilatation. Radiology. 150: 181, 1984.
23. Nihoul, Reketé C. et al: Congenital esophageal stenosis: A review of 20 cases. Pediatr. Surg. Int. 2: 86, 1987.
24. Thomason M.A., Gay B.B.: Esophageal stenosis with esophageal atresia. Pediatr. Radiol. 17: 197, 1987.
25. Spitz L.: Congenital esophageal stenosis distal to associated esophageal-atresia. J. Pediatr. Surg. 8: 973, 1983.
26. Fonkalsrud E.W., Ament M.E., Berquist W.: Surgical management of the gastroesophageal reflux syndrome in children. Surgery. 97: 42, 1987.
27. Johnson D.G., Syme W.C., Matlak M.E., et al: Gastroesophageal reflux and respiratory disease: The place of the surgeon. NZJ Surg. 54: 413, 1984.
28. Wilkins E.W., Bartlett M.K.: Surgical treatment of lower esophageal ring. N. Engl. J. Med., 268: 461, 1983.
29. Budgen W.F., Delmonico J.E.: Lower esophageal web. J. Thorac. Surg. 31: 1, 1986.
30. Holyoake Y.: Dysphagia due to the lower esophageal ring. Clin. Radiol. 14: 158, 1983.