



Universitas Médica

ISSN: 0041-9095

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Villa Machado, Isabel Cristina; Gómez Triana, José Martín

Estenosis esofágica congénita

Universitas Médica, vol. 46, núm. 3, 2005, pp. 103-106

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018663005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CASO CLÍNICO

Estenosis esofágica congénita

*Isabel Cristina Villa Machado**
*José Martín Gómez Triana***

RESUMEN

La estenosis esofágica congénita es una entidad rara de causa no conocida, que requiere alto índice de sospecha para su diagnóstico y tratamiento adecuado. Se presenta caso de niña de 1,2 años de edad con estenosis esofágica congénita causada por hipertrofia fibromuscular. Manejada con dilataciones sin éxito por lo que requirió resección segmentaria. Se discuten las dificultades diagnósticas y terapéuticas.

Palabras clave: estenosis esofágica congénita, estenosis fibromuscular.

ABSTRACT

Congenital esophageal stenosis is a rare entity without well-known cause that requires high index of suspicion for its diagnosis and appropriate treatment. A 1,2 years girl with congenital esophageal stenosis due to fibromuscular hypertrophy is presented. Esophageal dilatations were performed with poor response. Segmental resection was required. The diagnostic and therapeutic difficulties are discussed.

Key words: congenital esophageal stenosis, fibromuscular stenosis.

INTRODUCCIÓN

La estenosis esofágica congénita por hipertrofia fibromuscular es rara. El diagnóstico se dificulta entre más tardíos se inicien los síntomas y son iguales a los otros tipos de estenosis congénitas o las adquiridas. Se requiere alto índice de sospecha para diagnosticarla e instaurar un manejo adecuado. Se ha recomendado en la literatura el manejo con dilataciones esofágicas; sin embargo, éstas no siempre son exitosas. Presentamos un caso de estenosis fibromuscular que requirió resección segmentaria para discutir las dificultades diagnósticas y terapéuticas de esta entidad.

PRESENTACIÓN DE CASO

Lactante femenina de 14 meses de edad procedente de hospital local, con cuadro de vómito posprandial de contenido alimentario y pérdida de peso progresiva desde los 6 meses, con tolerancia únicamente para líquidos, manejada con Cisapride, sin respuesta. Antecedente de síndrome broncoobstructivo a repetición. Al ingreso con peso y talla

* Residente V de Cirugía Pediátrica, Universidad Militar Nueva Granada.

** Cirujano pediatra. Profesor asistente Pontificia Universidad Javeriana. Profesor asociado Universidad Militar Nueva Granada.

por debajo del percentil 3, resto del examen físico normal. Hemoglobina 10, hematocrito 30.

Rx de vías digestivas altas muestran estenosis en el tercio inferior del esófago con dilatación proximal (figura 1).

En la endoscopia digestiva alta se confirma estenosis esofágica puntiforme a 20 cm de la arcada dentaria, se inicia manejo con dilataciones neumáticas con pobre resultado. Basados en la sospecha clínica de estenosis esofágica congénita por remanentes traqueobronquiales o hipertrofia fibromuscular del esófago distal, se decide realizar laparotomía sin lograr acceso a la estenosis, se realiza piloroplastia para facilitar la evacuación gástrica. Se hace toracotomía izquierda, encontrando estenosis esofágica de 3 cm de longitud localizada a 3 cm del cardias, se realiza resección y anastomosis termino-terminal (figura 2), previa esofagoscopia intraoperatoria, además se realizó funduplicatura de 180°.

En el posoperatorio inmediato presenta sangrado de la mucosa gástrica, comprobado por endoscopia y manejado con omeprazol, somatostatina endovenoso y transfusión de glóbulos rojos, siendo resuelto en las primeras 24 horas posoperatorias.

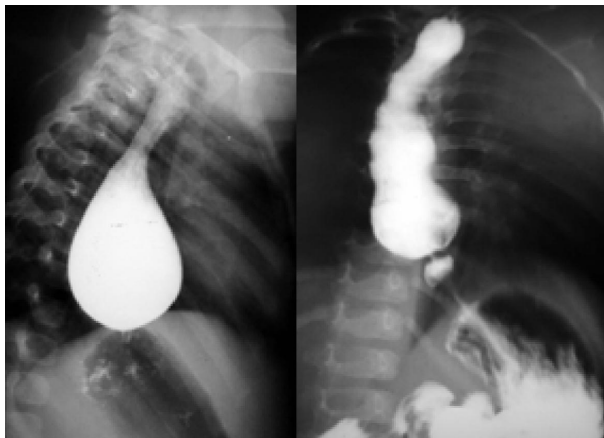


Figura 1: Rx de vías digestivas altas.



Figura 2: A la izquierda, sitio de la estenosis con dilatación proximal del esófago, a la derecha, pieza de patología.

Esofagograma al 7° día posquirúrgico muestra buen paso del medio de contraste al estómago y duodeno (figura 3). En el estudio histopatológico se encontró hipertrofia fibromuscular segmentaria.

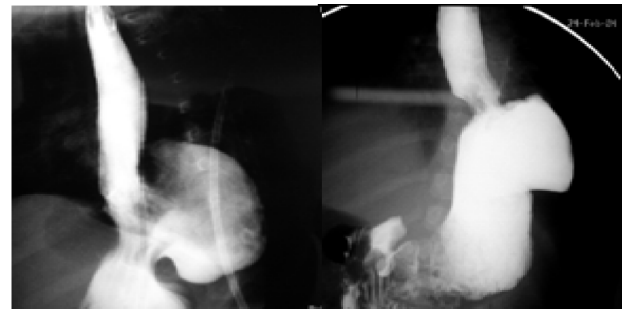


Figura 3: Esofagograma: a la izquierda 7° día posquirúrgico y a la derecha a los tres meses.

DISCUSIÓN

La estenosis esofágica es una patología rara cuya incidencia exacta no es conocida[1], se ha informado un caso cada 25.000 a 50.000 nacidos vivos[2]; es más frecuente en blancos, no hay predilección por sexo[3], y parece ser 10 veces menos común que la atresia de esófago[1]. Definida por Nihoul-Fékété en 1987 como una estenosis intrínseca del esófago que se presenta al nacimiento y que está asociada con malformación congénita de la arquitectura esofágica[2]. Se ha informado una incidencia de anomalías asociadas entre 17 y 33%[2, 3], entre las que se encuentran: atresia esofágica, ano imperforado, atresia intestinal, malformaciones de cabeza, cara y extremidades, anomalías cardíacas y cromosómicas[1, 2, 3, 5], además trastornos en la motilidad del esófago y reflujo gastroesofágico[4].

La rareza de la estenosis esofágica congénita, las dificultades para diferenciarla de acalasia y estenosis esofágica secundaria, especialmente la causada por reflujo gastroesofágico, determinan problemas clínicos para el diagnóstico y manejo[3].

Hay tres tipos histopatológicos de estenosis esofágica[2]: 1: Tejido traqueobronquial ectópico, incluyendo cartílago en la pared del esófago; 2: membrana esofágica y 3: hipertrofia segmentaria de la musculares y la submucosa con fibrosis (estenosis fibromuscular), siendo la más común la estenosis por remanentes traqueobronquiales la cual por razones no conocidas es más común en Japón[3, 8]. Ha sido propuesta una nueva clasificación basada en el tipo de estenosis y la asociación de estenosis segmentaria con otras anomalías del intestino anterior, incluye además las estenosis múltiples[1]. Los síntomas varían dependiendo de la localización y la severidad de la estenosis, las estenosis altas se presentan con

síntomas respiratorios y disfagia mientras que las bajas se presentan con vómito y dependiendo de la severidad desde recién nacidos hasta el momento en que el lactante inicia la nutrición basada en sólidos[1, 5, 6].

El diagnóstico se hace además de la clínica con esofagograma baritado en el que se identifica el sitio de la estenosis con dilatación esofágica proximal [3, 7]. Las estenosis por remanentes traqueobronquiales y la estenosis fibromuscular se localizan más frecuentemente en el tercio distal [7]. La estenosis por hipertrofia fibromuscular mide entre 1 y 4 cm de longitud, con configuración en reloj de arena[1], mientras que las membranas esofágicas producen estenosis en el tercio medio o inferior[8].

El diagnóstico prequirúrgico preciso de estenosis esofágica congénita es importante, éste determina la modalidad del tratamiento[9, 7]. La ecografía transesofágica es útil para demostrar la presencia de remanentes traqueobronquiales[7, 9]. Cuando los síntomas se inician en la infancia es difícil de distinguir entre estenosis esofágica congénita o adquirida (secundaria a reflujo gastroesofágico, ingestión de cáusticos o cuerpos extraños) [10]. Debe diferenciarse además de la compresión extrínseca por anillos vasculares o acalasia del cardias[1].

La decisión de manejo con dilataciones o resección del segmento estenótico, debe ser con base en la sospecha clínica del tipo histológico de la lesión[6]. El efecto del tratamiento con dilataciones varía de acuerdo a las características patológicas de la estenosis. Debido a que la imagen del esofagograma no indica la patología, y al momento de la dilatación no se obtienen biopsias, es difícil determinar la relación entre el éxito de la dilatación y el tipo histopatológico de la estenosis[3].

El manejo recomendado para la estenosis causada por remanentes traqueobronquiales es quirúrgico, pues si se intenta dilatación se corre el riesgo de ruptura esofágica[7, 11]. La estenosis fibromuscular puede ser manejada con dilataciones en la mayoría de los casos[7, 11, 6]; sin embargo no siempre es efectiva[2, 7] y debe realizarse en estos pacientes manejo

quirúrgico con resección y anastomosis termino-terminal[2, 12, 7]. La realización de miotomía longitudinal aún no es clara, puede causar perforación esofágica[7]. Cuando la estenosis se localiza en el tercio distal cerca al cardias se recomienda realizar funduplicatura con o sin piloroplastia para evitar esofagitis por reflujo gastroesofágico posoperatorio[1, 2, 8, 5].

En cuanto a las membranas esofágicas el tratamiento de elección es la realización de dilataciones seriadas[7, 6], ocasionalmente requieren resección por esofagotomía[1], se ha descrito la posibilidad de ser resecadas vía endoscópica[7, 8]. La resección puede ser realizada bien por laparotomía o toracotomía dependiendo de la localización de la lesión[10].

La esofagoscopia intraoperatoria confirma la localización de la porción estenótica[7]. El resultado en la mayoría de los casos es satisfactorio, aunque algunos puedan requerir dilataciones posteriores del sitio de la anastomosis. En el caso que presentamos el diagnóstico inicial fue reflujo gastroesofágico. Una vez se le realizó esofagograma se evidenció la estenosis, aunque se intentó manejo con dilataciones neumáticas (3 sesiones), el resultado no fue satisfactorio; por esto y ante la posibilidad de ser causada por remanentes traqueobronquiales y dado que en nuestra institución no contamos con transductor ecográfico esofágico, se decidió realizar laparotomía ya que se trataba de estenosis distal; sin embargo, no fue posible tener acceso al sitio de la estenosis, por tanto por vía torácica izquierda realizamos resección y anastomosis termino-terminal. Se realizó además piloroplastia con el objeto de mejorar el vaciamiento gástrico. El estudio histológico reveló hipertrofia fibromuscular que es una de las causas menos frecuentes de estenosis esofágica congénita. El último esofagograma se realizó tres meses después de la cirugía encontrando un buen paso del medio de contraste a través de la anastomosis y el píloro (figura 3).

El manejo quirúrgico es planeado basado en la sospecha clínica de estenosis por remanentes traqueobronquiales que es la causa más común de estenosis esofágica congénita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramesh JC, Ramanujam TM, Jayaram G. Congenital esophageal stenosis: report of three cases, literature review, and a proposed classification. *Pediatric Surgery International* 2001; 17: 188-192.
2. Nihoul-Fékété C, De Backer A, Lortat-Jacob S, et al. Congenital esophageal stenosis: a review of 20 cases. *Pediatr Surg Intern* 1987; 2: 86-92.
3. Shintaro A, Masaki N, Takamichi K, et al. Clinical characteristics and management of congenital esophageal stenosis: a report on 14 cases. *J Pediatr Surg* 2003; 38: 565-570.
4. Kawahara H, Oue T, Okuyama H, et al. Esophageal motor function in congenital esophageal stenosis. *J Pediatr Surg* 2003; 38: 1716-1719.
5. Kawahara H, Imura K, Yagi M, et al. Clinical characteristics of congenital esophageal stenosis distal to associated esophageal atresia. *Surgery* 2001; 29-38.
6. Sanjeev A, Faraz K., Hanmin L, et al. Management of congenital esophageal stenosis. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 1024-1026.

7. Shigeru T, Chikara T, Naruaki M *et al.* *Congenital esophageal stenosis: therapeutic strategy based on etiology.* J Pediatr Surg 2002; 37: 197-201.
8. Harmon CM, Coran A. Congenital anomalies of the esophagus. En: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran A. *Pediatric Surgery*, 5th ed. St Louis, Mosby-Year Book Inc, 1998; 941-967.
9. Kouchi K, Yoshida H, Matsunaga T, *et al.* *Endosonographic Evaluation in two children with esophageal stenosis.* J Pediatr Surg 2002; 37: 934-936.
10. Mustafa O, Tunc Ö, Feza M *et al.* *Congenital esophageal stenosis owing to tracheobronchial remnants.* J Pediatr Surg 1997; 32: 1485-1487.
11. Wu Yeming, Sting S, Shi C *et al.* *Ballon catheter in children with congenital and acquired esophageal anomalies.* J Pediatr Surg 2002; 37: 398-402.
12. Shorter NA, Mooney DP, Vaccaro TJ, *et al.* *Hydrostatic balloon dilation of congenital esophageal stenosis associated with esophageal atresia.* J Pediatr Surg 2000; 35: 1742-1745.

Correspondencia

ISABEL CRISTINA VILLA MACHADO
Dirección: Carrera 4ª A No. 66-10 apto. 503
Bogotá, Colombia
Teléfono: 3486868 exts. 5125 - 300 5697016
cristinavilla3@yahoo.es

JOSÉ MARTÍN GÓMEZ TRIANA
Dirección: Transversal 50A No. 125-41 Bloque 3, apto 311
Bogotá, Colombia
Teléfono: 6139972
mgomezt333@hotmail.com