

EL ESOFAGO CORTO EN EL NIÑO

Resultado en 4 casos tratados por resección del esófago y del cardias.

Profes. ARNULFO JOHOW y MARIO NOE y Dr. GUILLERMO ZIEGLER

Cátedra de Cirugía Infantil y Ortopedia del Prof. Arnulfo Johow.
Hospital "Roberto del Río". Santiago.

Los sinónimos de esófago corto son: braquiesófago², hernia hiatal tipo I de Ackerlund¹, ectopía gástrica de Roviralta¹³, hernias por deslizamiento con esófago corto de Allison⁴.

Decimos que un niño presenta esta malformación, cuando en un vomitador periódico encontramos la imagen típica radiológica, descrita magistralmente por el Dr. Manuel Neira, como "un esófago corto con pliegues longitudinales, que se continúa con un estómago de forma tubular parcialmente torácico, de pliegues mucosos cerebroides, acompañado a veces de una estrechez a nivel del cardias ectópico, cardias que está situado siempre en el mismo sitio a unos 3 ó 4 cm. por encima del diafragma". Esta estrechez produce a su vez una dilatación de bordes regulares del extremo inferior del esófago. En posición de Trendelenburg es fácil de demostrar el reflujo gástrico dentro de este esófago corto. En los 10 primeros casos de nuestra casuística se completó el estudio con una biopsia de la mucosa por debajo de la estrechez, biopsia practicada por el Dr. Otte que demostró mucosa gástrica. Actualmente prescindimos de estas biopsias, pues el diagnóstico radiológico es típico y seguro, lo que se ha comprobado con 13 enfermos intervenidos quirúrgicamente y en 14 autopsias.

NUESTRA EXPERIENCIA

El Dr. Jorge Otte y el Dr. Manuel Neira, de nuestro Hospital, han tenido el mérito de haber demostrado por primera vez un esófago corto en un niño en el año 1943¹.

Con el correr del tiempo hemos logrado reunir una casuística de 34 casos controlados. Hemos podido demostrar durante la intervención su origen congénito^{1,2} en 3 casos, siendo los restantes probablemente esófagos cortos adquiridos.

Desde el punto de vista del tratamiento

los dividimos en: esófagos cortos simples sin esofagitis, sólo aparentemente cortos y alargables, en los cuales basta una operación de hernia diafragmática, y los complicados con esofagitis, no alargables y fijos, que sólo se mejoran con la resección.

Los simples presentan únicamente anemias microcíticas-hipocromas de tipo digestivo, por hemorragias pequeñas ocultas, además períodos de disfagia y vómitos y una bronquitis asmática.

Su tratamiento ha sido en nuestro Hospital hasta ahora preferentemente postural, dietético y antianémico, tratamiento más o menos bien soportado por los enfermos, aunque a veces con desesperación.

Hasta ahora los internistas del Hospital, nos han entregado únicamente los casos en que fracasa el tratamiento médico: los esófagos cortos complicados con esofagitis ulcerosas, úlceras profundas, estenosis cicatriciales, periesofagitis, mediasinitis, hemorragias masivas, anemias graves, gran compromiso pondoestatural, a veces caquexia.

No todos los esófagos cortos se complican de esofagitis.

La evolución del cuadro clínico puede ser relativamente benigna con un tratamiento médico más o menos estricto como lo demuestra un número apreciable de enfermos que se han mantenido en buenas condiciones y con escasas molestias (disfagia, pirosis, etc.) hasta el momento.

Consideramos que en estos casos deberá practicarse la operación de Nissen-Boerema, pues hemos visto en las operaciones, en cirugía experimental en perros y en las autopsias, que un esófago normal puede elongarse de 3 a 5 cms. Ensayamos la operación de Nissen-Boerema en una niña de 10 años. La operación mejoró el estado general, pues ahora sólo presenta ocasionalmente uno que otro vómito semanal y escasa anemia. El control radiológico demuestra escaso reflujo y una pequeña hernia paraesofágica.

Creemos que en estos casos con esófago alargable se puede obtener un buen éxito con esta nueva técnica quirúrgica.

He aquí la estadística del Servicio:

Casos con esófago corto demostrado	34
De éstos corresponde a hallazgos de autopsia	3
Casos clínicos controlados	31
Tratados en forma médica, postural, dietética antianémica	31
Fallecieron en dicho tratamiento	8
Presentaron complicaciones y fueron operados	23
Siguen en tratamiento médico más o menos bien llevado	12
Se operaron por presentar complicaciones	11
Se operaron sin presentar complicaciones	3
Total	14
Fallecieron en el post-operatorio o por nuevas complicaciones	8
Siguen vivos	6
En estos 14 enfermos se hicieron un total de 44 operaciones.	
De éstos, fueron operados para mejorar el estado general del enfermo (gastrostomía y dilataciones)	15
Frenicoparálisis y operación de Mikulle que completaron las otras intervenciones en la sesión operatoria	10
Operaciones para mejorar esta malformación propiamente dicha	19
Gastrostomías de Witzel	9
Dilataciones retrógradas 1	4
Dilataciones per os 1	2
Toracotomías exploradoras	2
Operación de Husfeldt 3	2
Operación de Harrington llevando el cardias a la mitad del diafragma	1
Operación de Allison	1
Resección de las estenosis con gastroesofagoanastomosis 5	4
Operación de Nelra-Otte-Ziegler-Escobar 6	2
Operación de Yudge (yeyuno interpuesto) 7	1
Frenicectomía de Harrington 8,9	9
Operación de resección de la estrechez, piloroplastia y transformación de la mitad superior del estómago en un tubo 10	1
Reemplazo del esófago por colon ascendente	1
Operación de Heller: cardiomiectomía extramucosa	0
Cardioplastia de Heinecke-Mikulle. Incción longitudinal sutura transversal 1	1
Gastroesofagoanastomosis supraclavicular 12	4

Analizando la estadística se pueden deducir las siguientes conclusiones:

1º Es una malformación bastante frecuente, pues hemos podido reunir en 10 años 34 casos.

2º El resultado del tratamiento médico postural, dietético, antianémico y anti-ácido no es brillante, es sólo un tratamiento paliativo.

3º Se han operado 3 casos de esófagos cortos alargables, 2 con la técnica insuficiente^{8,11} de Allison (vía torácica)⁴ y Husfeldt (vía abdominal)³ y 1 recidivado en el que se practicó por segunda intención la técnica de Nissen-Boerema¹¹.

Consideramos que los esófagos cortos alargables deben intervenir en la misma forma de una hernia hiatal. La técnica que nos da mayor seguridad es la de Nissen-Boerema, como lo demostramos en un

trabajo publicado por nosotros sobre hernias diafragmáticas.

4º En el esófago corto complicado, fijo, no alargable, las operaciones de hernias diafragmáticas no bastan, pues hay que efectuar la resección de la estenosis. Sólo podemos recomendar, lo anotado al final en nuestra lista operatoria²: la gastroesofagoanastomosis supraclavicular, es decir, casi una anastomosis faringogástrica supraesternal. Con esta operación, también recomendada por Ochsner y Owens¹² y Sweet¹⁰ para toda clase de estenosis, se elimina la patología esofágica por eliminar el esófago en su integridad. Los niños que estaban en caquexia, se pueden alimentar bien, recuperando rápidamente su normal desarrollo pondoestatural, al desaparecer los vómitos y la anemia por hemorragia.

Nuestra técnica es la siguiente:

Incisión toraco-abdominal. Liberación y extirpación del esófago y del cardias. Liberación del estómago para llevarlo por vía intratorácica hacia el cuello. Anastomosis del estómago con el esófago inmediatamente por debajo de la faringe.

Creemos que la única manera de impedir la reproducción de una esofagitis y estenosis es la eliminación de todo el esófago, motivo por el cual hemos recurrido al procedimiento anteriormente descrito.

CASUÍSTICA

Resumiremos en seguida 4 casos tratados quirúrgicamente en nuestro Servicio, siguiendo este procedimiento.

CASO 1) A. P. V. Niño de 10 meses de edad que desde el nacimiento presenta vómitos explosivos por nariz y boca, ocasionales no en todas las mamaderas. Después de la alimentación se ponía inquieto, con dificultades respiratorias, luego venía el vómito y después el niño quedaba tranquilo. Constipación hasta 2 días. Desde los 2 meses de edad hematemesis y melena. Desde los 5 meses, junto con las sopas, vómito inmediato. Ruidos hidroaéreos torácicos durante la comida y sueño. Apetito conservado. Niño tranquilo y vivaz.

El estudio radiológico demuestra un esófago corto, el hemograma una anemia y el examen de deposiciones un Weber (+).

Operado en 1952 con técnica de Allison transtorácica-diafragmática⁴ sin resultado alguno.

En 1957, se practica la gastroesofagoanastomosis supraclavicular con la siguiente técnica: Incisión toracoabdominal con toracotomía por el octavo espacio intercostal. Disección laboriosa del esófago. Resección del esófago y cardias desde la aorta hasta el estómago. Sutura del estómago y muñón esofágico. Liberación del estómago a través del tórax izq. hasta el cuello. Para esto se libera el esófago cervical, se extirpa el esófago supraórtico, se reseca el 1/3 int. de la clavícula y primera costilla para facilitar su pasaje y se anastomosa con el esófago. Fijación del estómago en el tórax, cierre del diafragma y de la toracolaparotomía por planos, dejando un drenaje pleural de aspiración continua.

Postoperatorio sin mayores molestias. Control a los 3 y 6 meses indican que el niño se alimenta bien, no hay anemia, ni vómitos y radiográficamente hay buen tránsito. El hemitórax izq. está ocupado por el estómago, que mantiene colapsado el pulmón y rechaza un poco a la tráquea hacia la derecha. Silueta cardiovascular normal.

El vaciamiento un poco retardado del estómago obligará en un futuro a practicar una piloroplastia.

CASO Nº 2) M. F. M. Niño de 3 años. Hace 4 meses vomita ocasionalmente, al principio únicamente los sólidos, después los líquidos. Pasa a veces 1 a 2 semanas sin vomitar. Ingresa con anemia, pelagra y edema de hambre. Los padres no pueden tratarlo en forma médico-dietético-postural.

El examen radiológico demuestra un esófago corto con gran estenosis. La esofagoscopia demuestra una mucosa sangrante y ulcerada. Es imposible franquear la estenosis con el esofagoscopio.

Biopsia de la zona estenosada: mucosa gástrica con muchas glándulas del cardias.

Se mejora el estado general y se practica la esofagogastroanastomosis supraclavicular con técnica semejante al caso anterior. Postoperatorio sin molestias.

Los controles efectuados 5 y 10 meses después de la intervención nos muestran un niño con un estado general enormemente mejorado, sin anemia y que puede ingerir hasta alimentos sólidos sin vomitar.

Radiológicamente se ve un estómago torácico izq. con un pulmón parcialmente atelectásico. El vaciamiento gástrico es algo retardado (6 y 12 horas) con un píloro situado inmediatamente por encima del hiato diafragmático estrechado.

CASO Nº 3) J. M. O. Niño de 4 años. Vomita desde hace un año. Ingresa con una gastrostomía hecha en Osorno. El radiólogo demuestra un esófago corto con estrechez intensa y el esofagoscopista una estrechez, una intensa esofagitis, la mucosa sangra con facilidad y se observa un pequeño cardias. Operación similar a las anteriores. Este enfermo fallece 48 horas, después por una ruptura pleural der. tratada con aspiración insuficiente.

CASO Nº 4) J. P. Ch. Niño de 3 años de edad que desde el nacimiento presenta las molestias típicas de esófago corto. Estudiado radiológicamente y por esofagoscopia se encuentra un esófago corto, con estrechez, esofagitis y úlcera a nivel del cardias.

Operación similar a las anteriores. El enfermo fallece por la misma causa del anterior. (Mala aspiración der.).

RESUMEN

Los autores dan a conocer su experiencia con el tratamiento médico y quirúrgico en 34 casos de esófago corto en el niño.

Dividen los esófagos cortos en: 1) simples, sin esofagitis, alargables, sólo aparentemente cortos en los cuales bastaría una operación de Nissen-Boerema y en 2) esófagos cortos complicados, con esofagitis, fijos por la periesofagitis y, por lo tanto, no alargables que necesitan otro tratamiento: el de la resección.

Después del análisis de 44 operaciones efectuadas en estos enfermos y en los cuales fracasaron por recidivas, recomiendan en los casos complicados la eliminación del esófago y la anastomosis faringogástrica supraclavicular, operación que elimina la estenosis y la esofagitis, al eliminar totalmente el esófago, no pudiendo por lo tanto producirse la esofagitis y la estenosis en otro sitio.

Se ha efectuado esta operación en 4 enfermos, 2 fallecieron por ruptura pleural derecha mal tratada y en los 2 restantes los controles efectuados demuestran la recuperación ponderal por haber desaparecido los vómitos y la anemia.

SUMMARY

SHORT ESOPHAGUS IN CHILDREN

The authors expose their experience with the medical and surgical treatment in 34 cases of Short Esophagus in children.

They classify this condition into 2 groups: 1) simple, without esophagitis, short only apparently, in which Nissen-Boerema's operation is sufficient; and 2) Short Esophagus complicated with esophagitis, fixed because of periesophagitis, in which it is not possible to lengthen it, being its resection necessary.

After an analysis of 44 operations performed in these patients, in which they

had failure because of relapses, they recommend in such complicated cases the resection of the esophagus with gastro-pharyngeal anastomosis, operation that eliminate the whole esophagus avoiding esophagitis and stenosis in other locations.

This operation was performed in 4 cases, with 2 deaths because of pleural rupture and 2 healings with satisfactory post-operative controls.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—OTTE, J. — Contribución al estudio de la patología de la estenosis del esófago en la infancia. Memoria Profesor Extraordinario de Otorrinología, Santiago de Chile. 1953.
- 2.—ZIEGLER, G., FUENTES, L. — Revista Médica. Valparaíso. Vol. 8, pág. 197, 1955.
- 3.—HUSFELDT, E. — Hernia hiatal congénita con esó-

- fago corto en la infancia. El Día Med. 51:2207, Agosto 1951.
- 4.—ALLISON, P. R. — Inflamación del esófago producida por reflujo por hernia deslizante del hiatus y su anat. de reparación. Surg. Gynec. y Obst. 92: 419, 1951.
 - 5.—THEORCK, PHILIP. — Surgical Treatment for carcinoma of the esophagus. Illinois Med. Journ: 82 No 6, Pág. 1947.
 - 6.—ESCOBAR. — Cirugía experimental en esófago corto en perros, 1956. Rev. de Cirugía de Chile.
 - 7.—BANET - FRANKLIN. — Brit. Surg. Nov. 1949.
 - 8.—HARRINGTON. — Diagnosis and Treatment of the more cavoosia Types of diaphragmatic hernia. Ann. Surg. 122:549, 1945.
 - 9.—STEWART, CHARDACK y ALFARO. — Ann. Surg. 141: 672, 1955.
 - 10.—SWETT, R. — Thoracic Surgery. Ed. Saunders. Philadelphia y London N. E. 1951.
 - 11.—BOEREMA Y GERMS. — Gastropexia ant. giculata wegen Hiatusbruch. Zbl. Chir. 80:1585, 1955.
 - 12.—Selección de trabajos de la Cl. Mayo. 1948. Univ. Soc.
 - 13.—RIVORALTA, E. — El vómito en el lactante. Edit. José Janer. Barcelona, 1950.
 - 14.—NEUHAUSER and BERENQUER. — Cardiosophageal relaxation as cause of vomiting in infants. Radiology 48:480, 1947.
 - 15.—STEWART, CHARDACK y ALFARO. — Reflux Esophagitis. Ann. Surg. 141:627, 1955.

*
* *