ESTENOSIS ESOFAGICA CONGENITA

Prof. MARIO NOE y Drs. GUILLERMO ZIEGLER, JORGE DEL RIO
y LEON VIAL

Servicio de Cirugía Infantil. Hospital "Roberto del Río". Santiago.

Hemos considerado de interés la publicación del siguiente caso clínico, por su rareza y las dificultades diagnósticas que originó.

J.A.P.M. (Obs.: 232495). Presenta desde el nacimiento regurgitaciones de alimentos durante o en conexión con la ingestión de ellos. La leche expulsada permanece inalterada, contiene mucus y saliva y carece de olor ácido. En algunas ocasiones regurgita incluso el agua. Esto ha interferido en su desarrollo pondo-estatural, llevándolo a la distrofia, anemia y cuadros bronco-pulmonares repetidos por aspiración alimenticia.

Es tratado con anti-espasmódicos, pero en vista de que persiste el cuadro se pidió al tercer mes de vida un estudio radiológico. Su informe, fechado el 16 de Febrero de 1959 dice lo siguiente: "Imágenes difusas, tenues, de condensación peri-bronquial en ambos campos pulmonares, con caracteres de proceso agudo por aspiración. La mitad proximal del esófago se observa dilatada y con intensas ondas peristálticas y anti-peristálticas. Después de 15 minutos, se escurre una pequeña cantidad de bario a la mitad inferior y al estómago. El bario en capa delgada evidencia una gran reducción del lumen con irregularidad de la mucosa y ensanchamiento sobre el diafragma en una zona con mucosa gástrica. Hiatus esofágico ensanchado. En los controles seriados practicados durante 2 horas no se observa nuevo paso de la papilla contrastada, vomitando el contenido del esófago proximal. Impresión diagnóstica: Hernia del hiatus por deslizamiento. Esofagitis. Acor-tamiento secundario del esófago". (Figura Nº 1).

A raíz de este examen se insiste nuevamente en el tratamiento médico con anti-espasmódicos, antiácidos, alimentación fraccionada y posición semisentada. No obstante, las condiciones no varían: persisten las crisis de asfixia y los procesos pulmonares por aspiración de alimentos; la anemia se hace más intensa, obligando a recurrir a transfusiones y la distrofia se agrava.

Un mes después, el 19 de Marzo de 1959, se practica un nuevo estudio radiológico, que informa: "Marcada dilatación de los dos tercios superiores del esófago, con abundante mucus. El tercio inferior del esófago se observa estenosado y sólo deja pasar el bario en capa delgada. Después de media hora se decide extraer el bario con sonda, a fin de evitar la aspiración del contenido del esófago superior. Resto: no hay variación en comparación con el examen anterior". (Figura Nº 2).

La esofagoscopia practicada por el especialista fracasa, por no poder franquear la estrechez. Creen observar únicamente esofagitis.

Figura Nº 1. Examen radiológico del esófago. Detalles en el texto.

Figura N° 2. Examen radiológico del esófago. Detalles en el texto.

Con los antecedentes acumulados, se piensa que se trata de un caso de esófago corto y dadas las malas condiciones generales del enfermo, se decide practicar una gastrostomía (9 de Abril de 1959), con el doble objeto de alimentarlo en forma adecuada y practicar dilataciones retrógradas; junto con la gastrostomía, se practicó una piloroplastia, a fin de evitar la repleción gástrica y el reflujo al esófago. Durante la intervención, se explora detenidamente el hiatus diafragmático, apreciándose totalmente normal.

El post-operatorio lo realiza en buenas condiciones, pues la buena alimentación y las transfusiones mejoran rápidamente el estado general. Las dilataciones retrógradas fracasaron por la imposibilidad de vencer la estrechez.

Un nuevo estudio radiológico, practicando un buen relleno del estómago con sustancia opaca a través de la sonda de la gastrostomía, permitió establecer que la región hialal era anatómica y funcionalmente normal; no existía reflujo gastro-esofágico.

Con los datos obtenidos en este último estudio radiológico y por los fracasos de los tratamientos expuestos anteriormente, se de-

cidó abordar quirúrgicamente el esófago, pues teníamos el íntimo convencimiento que esta sintomatología era la consecuencia de una estenosis congénita del esófago.

Existía la posibilidad de elegir entre tres métodos quirúrgicos:

a) La resección de la porción estenótica, con anastomosis término-terminal de ambos cabos.

b) La incisión longitudinal de la estenosis y sutura en sentido transversal.

c) La incisión o extirpación extra-mucosa del anillo muscular engrosado.

Se decidió emplear el primer método, pues los otros dos no calzaban con la extensión de la estenosis (más o menos 2 cms.).

El 25 de Abril de 1959, a través de una amplia tóracotomía izquierda se aborda el esófago. A nivel de su tercio medio se encontró una zona de menor calibre, de aproximadamente 2 cms. de extensión, de aspecto normal y que no permitía el paso de una sonda a través del esófago. Se reseca esta zona, la que presenta forma típica de reloj de arena, con su mucosa totalmente indemne y de aspecto normal, igual que el resto del esófago, sin signos de esofagitis, tanto por encima como por debajo de la estrechez. Se practicó sutura término-terminal en dos planos.

El post-operatorio inmediato fué bueno, sin embargo, el enfermo falleció al tercer día a consecuencia de un proceso pulmonar agudo.

El informe del estudio anátomo-patológico es el siguiente: "Se reciben cinco trocitos de más o menos 1 cm. de diámetro, redondeados y que en su parte central presentan un pequeño lumen, revestido por un círculo más claro que impresiona como un revestimiento epitelial. Al examen microscópico, la superficie interna está revestida por epitelio pavimentoso como el que reviste la mucosa normal y, por fuera, reconocemos las dos capas musculares, interna y externa. No se aprecia congestión especial hacia la periferia. Esta alteración nos impresiona como una estrechez congénita del esófago. Diagnóstico: Estrechez Congénita del Esófago".

COMENTARIO

El objeto de esta presentación es dar a conocer el único caso de estrechez congénita del esófago observado en nuestro Servicio y hacer hincapié en el gran problema diagnóstico que significó este enfermo, por tratarse de una malformación

extraordinariamente rara y por la gran dificultad de diferenciarla con la estenosis del esófago corto.

Esta alteración del lumen esofágico presenta una etiología semejante a la de la estenosis intestinal y se debe a la falta de vacuolización del cordón entérico en un determinado punto, durante el período de desarrollo embrionario. El obstáculo puede ser completo o, generalmente, parcial y de diferentes grados, en forma de un diafragma o de una zona en reloj de arena. El esófago, por tratar de vencer la estrechez, aparece dilatado por encima de ella.

Del grado de esta estrechez dependerán las manifestaciones clínicas, las que hacen su aparición después de los primeros meses de vida, cuando se pasa de la alimentación láctea a una más espesa, de papilla. Su característica es la regurgitación de alimentos no digeridos ni alterados, sin olor ácido y con abundantes mucus y saliva.

En el caso presentado, estos síntomas se hicieron evidentes desde el nacimiento de una dificultad anatómica, ya que no cedieron al tratamiento. El examen radiológico estableció la impresión diagnóstica de insuficiencia hiatal, con hernia del estómago, estrechez y acortamiento secundario del esófago. El tratamiento médico y postural fracasa, por lo que se nos consulta, a fin de discutir el diagnóstico y la posibilidad de una solución quirúrgica.

Por el carácter de la regurgitación, por su aparición tan precoz, por las crisis asfícticas y los procesos bronco-pulmonares por aspiración, se sospechó la existencia de una estrechez congénita del esófago. Sin embargo, el resultado de un segundo estudio radiológico que confirmaba los hallazgos del primero, como también el examen esofagoscópico que cree ver una esofagitis, nos llevó a aceptar más bien el diagnóstico de esófago corto.

Al efectuar la gastrostomía se comprobó un hiatus continente y normal, lo que nos llevó a insistir en nuestra primitiva hipótesis diagnóstica. Un nuevo examen radiológico, efectuado por otro competente radiólogo, esta vez con el medio de contraste inyectado directamente al estómago, reveló la ausencia de reflujo gastro-esofágico; sin embargo, insistió también que el segmento que quedaba por debajo

de la estrechez correspondía a estómago torácico. Justificaba la continencia del hiatus por una recuperación ya observada por él en otros tres casos de esófago corto congénito.

Nos pareció poco probable esta posibilidad y, sin desecharla completamente pero más bien convencidos de la estenosis congénita, nos decidimos por la resección de ella. El aspecto macroscópico de la estrechez, como de los segmentos adyacentes a ella, nos convenció de que se trataba de esófago en todas sus partes, lo que fué confirmado por el examen histopatológico.

RESUMEN

Se describe un caso clínico de estenosis congénita del esófago, afección extraordinariamente rara, ya que es el primero observado en el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital "Roberto del Río".

Se hace hincapié en las dificultades del diagnóstico de esta afección y se mencionan los diversos métodos de tratamiento quirúrgico para corregirla.

SUMMARY

CONGENITAL OESOPHAGEAL STENOSIS

A clinical case of congenital oesophageal stenosis, an extraordinarily rare affection which was observed for the first time in the Service of Child Surgery of the Roberto del Río Hospital, is described.

The difficulties of diagnosing this affection are stressed and the diverse methods of surgical treatment for its correction are mentioned.

ZUSAMMENFASSUNG

ANGEBORENER STENOSE DER SPEISEROEHRE

Ein klinischer Fall von angeborener Stenose der Speiseröhre, einer ausserordentlich seltenen Affektion, die zum ersten Mal in der Abteilung für Kinderchirurgie des Roberto del Río-Krankenhauses beobachtet wurde, wird beschrieben.

Die Schwierigkeiten der Diagnose dieser Affektion werden deutlich hervorgehoben, und die verschiedenen zu ihrer Korrektur angewandten chirurgischen Behandlungsmethoden werden erwähnt.