

Estenosis esofágica congénita^(*)

Por los Dres.:

EUGENIO SELMAN-HOUSSEIN ABDO,^(**) ELADIO BLANCO RABASA^(***)
Y RODERICK JONES MORGAN^(****)

El hecho de no encontrar reportado, por lo menos en los últimos 10 años, en nuestro país ningún caso de estenosis esofágica congénita, y en segundo término el método empleado para resolverla nos llevan a presentar este trabajo.

La estenosis congénita ha sido clasificada de diversas maneras pero nosotros aceptaremos la clasificación de Shackelford¹ que las divide en:

1. Estenosis por esófago corto.
2. Estenosis por membrana o diafragma esofágico.
3. Estenosis congénita propiamente dicha.

La estenosis congénitas son mucho más raras que las atresias del esófago² y precisamente las estenosis esofágicas (grupo 3) propiamente dichas son con mucho, las menos frecuentes y constituyen el motivo de este trabajo.

Consiste la estenosis esofágica congénita en un estrechamiento brusco de la luz esofágica que puede extenderse a

(*) Trabajo presentado en la Jornada de Pediatría en Varadero en 1964.

(**) Profesor del Servicio de Cirugía General del Hospital Docente "Gral. Calixto García".

(***) Profesor Jefe de Pediatría del Hospital Docente "Gral. Calixto García".

(****) Instructor de Cirugía del Servicio de Cirugía General del Hospital Docente "Gral. Calixto García".

un segmento que puede variar de 1 a 10 cms.

Se acepta que el desarrollo de esta anomalía sea debida a una detención de la recanalización de la luz del tubo digestivo que se produce entre las 10 y 12 semanas.²

La detención de la recanalización se puede producir a cualquier nivel pero se ha visto que la estenosis casi siempre se va a encontrar a nivel del 1/3 medio³ (50% de los casos) o inferior del esófago.

El segmento esofágico que se encuentra por encima está generalmente hipertrofiado, dilatado.

Esta dilatación en ocasiones no se produce simétricamente si no que se acentúa hacia un lado dando la impresión de un divertículo esofágico.²

CUADRO CLINICO

La estenosis esofágica congénita va a comenzar a dar sintomatología cuando al niño se le empieza a alimentar con sustancias semisólidas. Aunque a veces la afección se diagnostica sólo tardíamente, como en nuestros casos, siempre los datos de la Historia van a iniciarse en el primer año de la vida.^{2, 3}

La Historia que vamos a obtener consiste en que cuando al niño le empezaron a dar alimentos semisólidos el

paciente los tomaba muy lentamente o se hacía reticente a su administración. La manifestación clínica más evidente es la *regurgitación* de los alimentos acompañados de moco y saliva sin carácter ácido.

En ocasiones se regurgitan alimentos tomados horas antes.

En los niños mayores con gran dilatación del esófago preestenótico se puede producir, por compresión de la tráquea por el esófago lleno de alimento, *estridor* y en ocasiones cianosis.

Como el niño no puede alimentarse bien, no gana adecuadamente en peso y se dificulta su desarrollo.

El niño adquiere hábitos alimenticios bizarros y se convierte su alimentación en un grave problema. En ocasiones un pedazo grueso de alimento ocluye la luz estenosada y se produce una *disfagia total*.

También pueden aparecer crisis de *disfagia absoluta* que siguen a crisis de esofagitis con oclusión total de la luz. Los cuerpos extraños deglutidos actúan de la misma manera y hay autores que señalan que cuando un cuerpo extraño no se detiene en el esófago superior debe investigarse una estenosis.

Puede existir historia de bronconeumonías a repetición debida a broncoaspiración.

Al examen físico de estos pacientes sólo llama la atención el hecho de su retraso en el desarrollo o su delgadez aunque en muchas ocasiones la dieta del niño ha sido suplementada por leche en abundancia y estos niños aparecen casi normales.

Exámenes complementarios: La radiología es el examen capital para el diagnóstico; ella nos muestra la estenosis, su sitio, su longitud, así como la dilatación preestenótica del órgano.

La luz esofágica se estrecha bruscamente y una fina corriente de bario

modela la estenosis y se continúa hacia el estómago.

Esofagoscopia: Debe siempre realizarse con anestesia general. Nos precisa el sitio de la lesión, el grado de esofagitis existente, permite realizar la extracción de un cuerpo extraño, hacer el diagnóstico diferencial con la estenosis cáustica y la idea de la posibilidad o no de dilataciones. La esofagoscopia muestra la inflamación del extremo del segmento dilatado, en ocasiones con descamación total de la mucosa del esófago y el estrechamiento brusco del esófago.

Diagnóstico diferencial: Es necesario realizarlo con: la *estenosis cáustica*: el antecedente de ingestión de cáustico es de capital importancia. La esofagoscopia mostrando la distorsión de la arquitectura esofágica y las irregularidades de las estenosis hacen el diagnóstico.

La estenosis secundaria a *esofagitis* por hernia diafragmática por deslizamiento se diagnostica por su localización baja y por la demostración de la hernia del estómago en el tórax.

La *acalasia* del esófago en el niño se diagnostica por su aspecto radiológico típico y por la esofagoscopia en que no se encuentra estenosis.

Anomalías asociadas: Como todos los casos de anomalías congénitas es frecuente la asociación de ellas, y así se han mostrado estenosis con imperforación anal, atresia del recto, cardiopatías congénitas, etc. lo que obliga a la búsqueda de estas otras anomalías cuando estamos en presencia de una estenosis esofágica.^{1, 2, 3.}

Tratamiento: El tratamiento de la estenosis esofágica congénita puede realizarse por dilataciones o mediante la cirugía.

- a) el tratamiento por dilataciones es satisfactorio en gran número de casos y debe ser realizado bajo anestesia general.³

Puede ser realizado por vía anterógrada o retrógrada; en este caso es realizada una gastrostomía previamente, que también ayuda a mejorar la alimentación del paciente en aquellos casos de niños en mal estado general.

Las desventajas de las dilataciones consisten en que en ocasiones no resuelven la estenosis, siendo necesarias generalmente múltiples dilataciones ya que se observan recidivas frecuentes.

- b) El tratamiento quirúrgico varía según la longitud de la estenosis y así en las estenosis cortas de 2 y 3 cms. puede realizarse: 1) la resección del segmento y la anastomosis cabo a cabo o¹ 2) la sección longitudinal con cierre transversal del esófago en el sitio estenosado. (Esofagoplastia tipo Heincke Mikulicz).¹

Estas intervenciones pocas veces son factibles.

Cuando el segmento estenosado es mayor de 3 cms., como en nuestros casos, antes había que contentarse con el tratamiento por dilataciones o la transposición del estómago al tórax con resultados no halagadores por lo que nosotros empleamos en nuestros casos la esofagocoloplastia retroesternal extrapleural.^{1, 2, 3}

Preoperatorio: Es necesario hacer un estudio radiológico del colon para ver su longitud, la posible existencia de anomalías que dificulten su utilización así como la patología que exista silenciosa, pólipos, etc.⁵

El colon se prepara en forma usual.

Usamos la dieta pobre en residuos, la combinación de Sulfatidina con Neomicina y los enemas evacuantes.

Usamos la Estreptomicina por vía oral el día antes de la intervención para disminuir la flora bucoesofágica.

Nos preocupamos de la tasa de proteínas del paciente.

En muchas ocasiones el paciente necesita de la realización de una gastrostomía en el preoperatorio para su preparación adecuada.

Técnica operatoria: El paciente se coloca en decúbito supino con la cabeza rotada hacia el lado izquierdo. Se prepara un campo abdominal y otro en el cuello. Para la mejor comprensión de la técnica la dividiremos en dos partes: Maniobras abdominales y maniobras en el cuello.

*Maniobras abdominales:*²

Apertura del abdomen por una incisión paramedia derecha amplia (Fig. 1) que parte del apéndice xifoides que puede ser resecado.

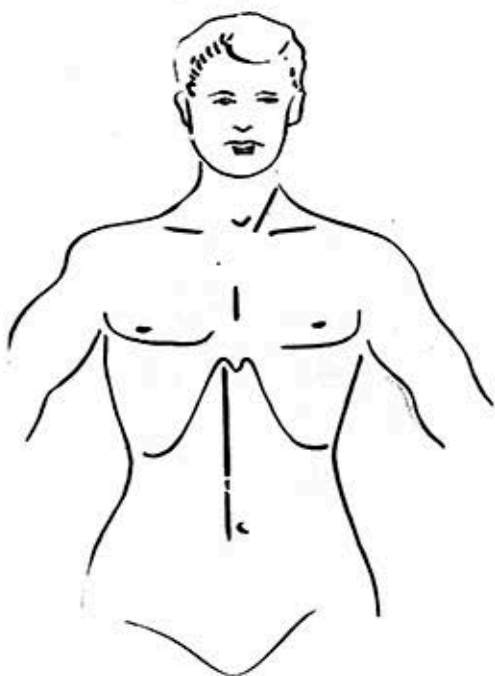


Fig. 1. Esquema de las incisiones utilizadas paramedia derecha y siguiendo el borde anterior del esternocleidomastoideo izquierdo.

Se decola el colon derecho si éste es el que va a ser utilizado. Siempre tratamos de utilizarlo porque nos luce más fácil su utilización. (Fig. 2).

Se puede indistintamente utilizar el colon transverso o el izquierdo. Disecación de los vasos cólicos derecho e ileocólicos.

Ligadura provisional de estos vasos para observar si no se altera la vitalidad del colon derecho.

Se coloca una pinza de coprostasia en el ileon terminal para limitar el aflujo sanguíneo que pueda llegar al ciego por esta vía.

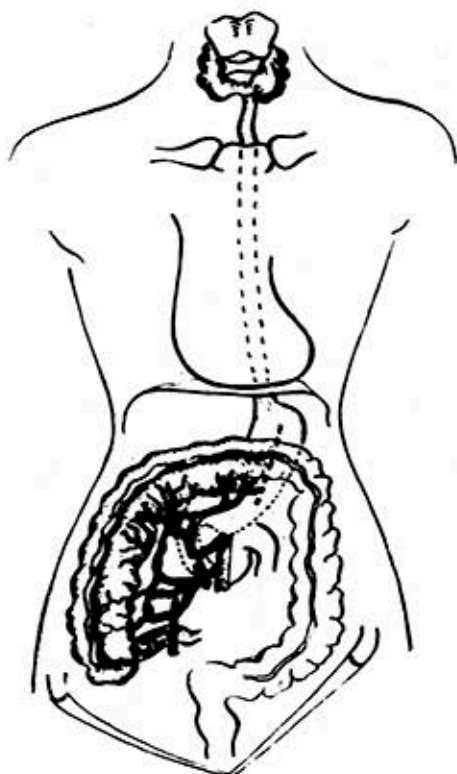


Fig. 2. Esquema del segmento de colon que se utiliza señalándose los sitios de sección vascular (cólica derecha e ileocólica) y los sitios de sección del colon a la izquierda de la cólica media y del ileon terminal.

Si no se altera la vitalidad del colon derecho se procede a la sección de estos vasos cerca de su origen (Fig. 2).

Se cierra el ileon distal.

Se secciona el colon transverso a la izquierda de la cólica media que va a mantener ella sola la irrigación del colon derecho (Fig. 2).

Se libera el estómago mediante la sección de los ligamentos gastrohepático y gastrocólico para pasar el segmento cólico detrás de él y evitar la compresión de los vasos por el estómago.⁵ (Fig. 3).

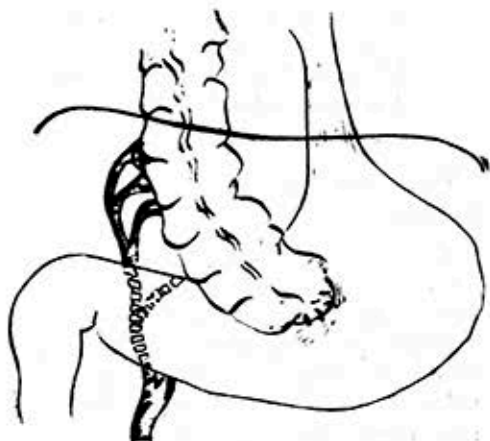


Fig. 3. Esquema del paso del colon y su meso por detrás del estómago para evitar la compresión de los vasos por el mismo.

Se fragua el túnel retroesternal introduciendo los dedos por detrás del apéndice xifoides y de la horquilla esternal. (Fig. 4).

Se pasa el colon por detrás del estómago (Fig. 3).

Se realiza la anastomosis gastrocólica en la cara anterior del estómago.

Se pasa una sonda rectal por el túnel retroesternal del cuello al abdomen para que sirva como conductor del colon.

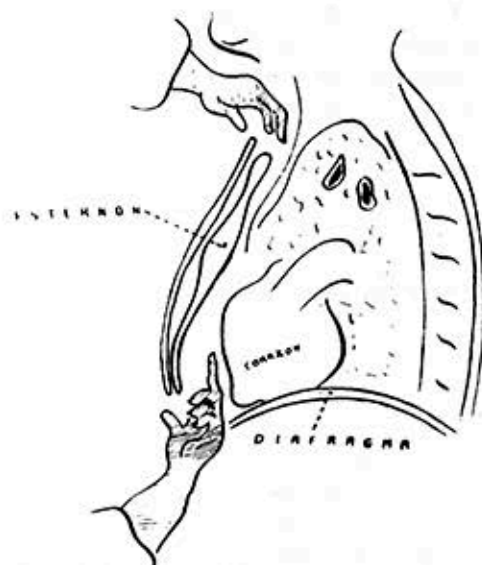


Fig. 4. Esquema que demuestra como se fragua el túnel retroesternal.

Se fija el apéndice o el ciego al extremo de la sonda.

Se llevan por tracción de la sonda, el ciego al cuello.

(Cuidar de no torcer el colon al realizar este paso).

Se realiza ileo-transversostomía.

Se cierra el abdomen por planos.

Maniobras en el cuello:⁵

Incisión paralela al borde anterior del esternocleidomastoideo izquierdo. (Fig. 1).

Se separa el esternocleidomastoideo hacia afuera y se secciona el homohioideo.

Se levanta el lóbulo tiroideo.

Se disea el recurrente para no lesionarlo.

Se secciona la arteria tiroidea inferior.

Se libera el esófago cervical.

Se secciona el esófago.

Se cierra el cabo distal en dos planos.

(En este momento es cuando se lleva el ciego al cuello.)

Se realiza apendicectomía profiláctica.

Se realiza la esofagocecostomía.

Se deja drenaje de goma blanda.

Se cierra por planos.

Postoperatorio: Si no hay gastrostomía previa dejamos sonda de Levine.

Usamos antibióticos por vía sistemática y a las 12 horas damos 1 gm. de Estreptomina por vía oral lo que repetimos a las 24 horas.

Analgésicos según costumbre, y a las 24 horas comenzamos la alimentación líquida oral.

Es necesario realizar una placa de tórax en el postoperatorio inmediato para descartar la posibilidad de un neumotórax producido al labrar el túnel retroesternal. De existir éste se realizará una pleurotomía mínima que resolverá el problema.⁵

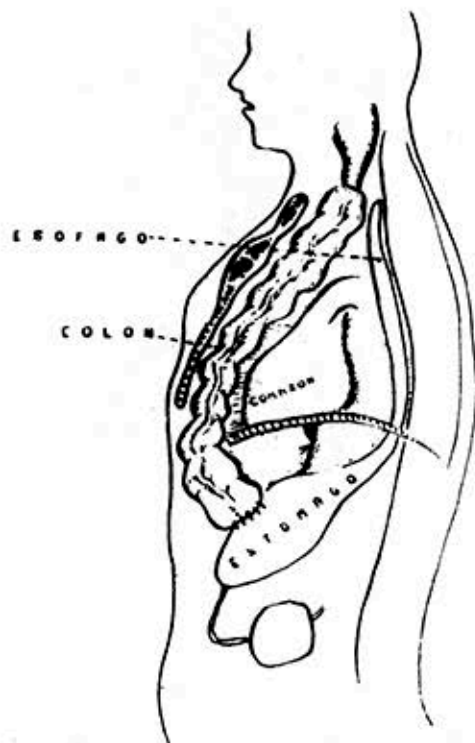


Fig. 5. Esquema de la operación terminada en un corte sagital.

Ventajas de la esófagocoloplastia: La esófagocoloplastia tiene como ventajas:

1. No abre el tórax.
2. No reseca el esófago.
3. La sutura sobre el esófago se realiza en el cuello donde cualquier fístula se resuelve sin mayores consecuencias.
4. Es de fácil realización.
5. Puede ser realizada por dos equipos quirúrgicos en un solo tiempo.

Pronóstico: El pronóstico de las estenosis esofágicas es bueno en general ya que el niño puede sobrevivir alimentándose con líquidos. Este pronóstico está ensombrecido por:

1. Las anomalías asociadas.
2. Las infecciones pulmonares por aspiración.

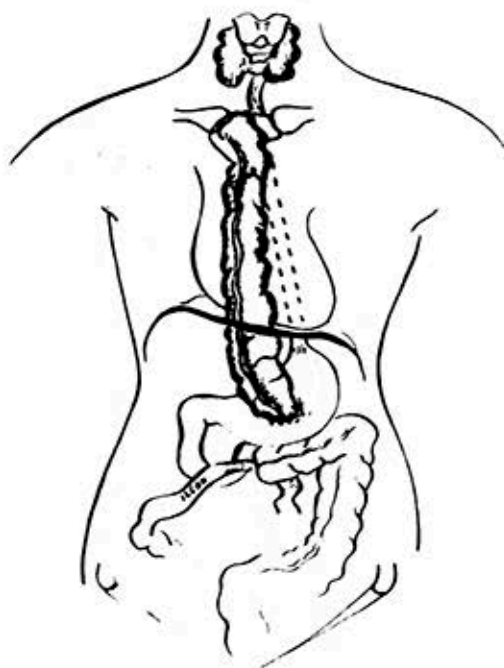


Fig. 6. Esquema de la operación terminada, vista frontal.

Creemos que con la utilización de la esófagocoloplastia se mejora extraordinariamente el pronóstico de esta afección haciendo que el niño lleve una vida normal.

CASO No. 1.

Paciente L. M. M., H. C. No. 27,495, niña de 10 años, raza mestiza que según la madre desde los 6 meses de edad en que la niña empezó a deglutir semisólidos notaba que ésta se atoraba, por lo que desde entonces la alimentaba con papillas, teniendo períodos en que deglutía mejor que otros. Trae a la niña porque desde hace unos días no puede tragar ni líquidos. Se hace estudio radiológico y se comprueba una estenosis marcada del 1/3 inferior del esófago. Se le realiza gastrostomía para alimentarla. Se opera abordando la estenosis.

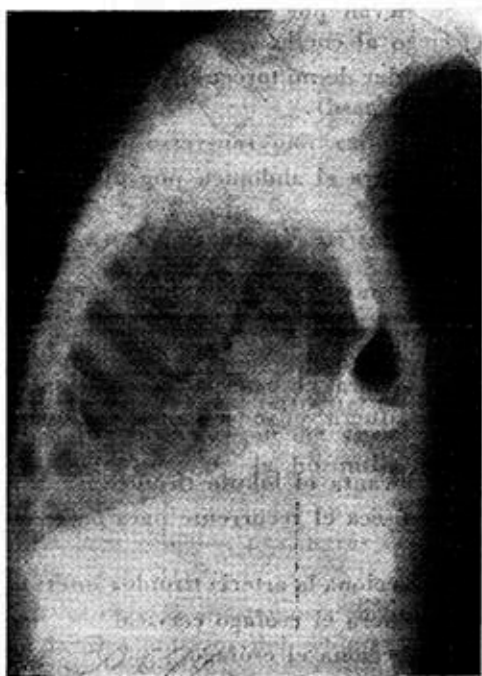


Fig. 7. Caso 1. Radiografía lateral en el postoperatorio; observe la situación del colon retroesternal.

Erróneamente se considera la lesión como una acalasia, haciéndose una miotomía. La niña mejora unos días y vuelve con disfagia de nuevo. La radiología muestra la estenosis. Se practica esófagocoloplastia con colon derecho. La niña hace un neumotórax debido al acto quirúrgico y después un piotórax que se resuelve, mediante operación y antibióticos. 26 meses después de operada, la paciente está perfectamente bien. (Fig. 7).

CASO No. 2.

Paciente A. L. V., H. C. No. 58,673. Niña de 11 años, raza blanca, refiere la madre que desde pequeña tiene dificultad para tragar, que la llevó a un médico que le hizo radiografías y le dijo que tenía una estrechez en el esófago y que nada se podía hacer. La niña sólo se alimenta de líquidos desde entonces. Es una niña distrófica. La trae al Hospital por recomendación de un amigo que le dice que la pueden operar. Se constata por la radiografía una estenosis marcada, del 1/3 medio del esófago. Se le practica esófagocoloplastia con colon derecho.

Hace una fístula salival en el cuello, que se resuelve con reposo. A los dos meses de operada, ingresa por presentar una oclusión de delgado por bridas que se resuelve quirúrgicamente. A los 6 meses ingresa de nuevo por tener hepatitis viral, que se resuelve satisfactoriamente. La vemos a los 12 meses de operada y se encuentra perfectamente bien. (Figs. 8, 9, 10, 11 y 12).

RESUMEN

Se expone la clasificación de Shackelford de las estenosis esofágicas congénitas. Se resalta su rareza. Se señala su momento de producción y su posible

patogenia. Se señala su localización más frecuente en el 1/3 medio del esófago. Se describe el cuadro clínico señalando las regurgitaciones como síntoma capital. Se enfatiza el valor de la radiología y la esofagoscopia en el diagnóstico diferencial con otras afecciones. Se señalan las anomalías asociadas.

Se resume el tratamiento por dilataciones y se señalan algunas desventajas del mismo. Se resumen los tratamientos quirúrgicos. Se describe la esófagocoloplastia retroesternal extrapleurale. Se señalan sus ventajas. Se señalan las comi-



Fig. 8. Caso II - Radiografía del esófago preoperatorio. Obsérvese la marcada estenosis del mismo y la dilatación supraestenótica.



Fig. 9. Caso II - Radiografía de tórax simple postoperatorio. Obsérvese la rectificación del borde derecho de la sombra mediastínica por el colon situado en posición retroesternal.



Fig. 10. Caso II - Radiografía de tórax simple lateral. Obsérvese gas en el colon situado retroesternalmente.



Fig. 11. Caso II - Radiografía con contraste frontal. Obsérvese el asa colónica restituyendo el tránsito alimenticio.



Fig. 12. Caso II - Colon por enema. Obsérvese la ileotransversostomía.

plicaciones de la esófagocoloplastia. Se presentan 2 casos de estenosis esofágica congénita resueltos por esófagocoloplastia.

CONCLUSIONES

1. La estenosis esofágica congénita es una malformación rara.

2. No se ha reportado hasta ahora ningún caso en Cuba.

3. Es una afección de buen pronóstico vital pero entorpece el desarrollo de los niños.

4. El tratamiento de las estenosis con esófagocoloplastia luce dar buenos resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. *Shackelford Richard, T.*: Surgery of the Alimentary Tract. Vol. I. W. B. Saunders Company. Philadelphia, London, 1955.

2. *Grob, Max*: Patología Quirúrgica Infantil. Ira. Edición Edit. Javier Moroto. Madrid, 1958.

3. *Gross, R. E.*: The Surgery of the Infancy and Childhood. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1953.

4.—*Koop, C. E. and Roddy, S. R.*: Colonic replacement of distal esophagus and proximal stomach in the management of bleeding varices in children. Ann. Surgery. 147: 17, 1958.

5.—*Selman Houssein Abdo, F., et al.*: Esófagocoloplastia retroesternal extrapleural. Rev. Cubana de Cirugía, Vol. 3: Nro. 5, Oct. 1964.