

Obstrucción esofágica congénita debida a diafragma mucoso completo: Caso clínico*

L. Nanni, S. Vallasciani, L. Perrelli

División de Cirugía Pediátrica. Policlinico «A. Gemelli». Universidad Católica del Sagrado Corazón. Roma, Italia

RESUMEN: Se presenta un caso de atresia membranosa del esófago: el diagnóstico de esta rara malformación fue hecho intraoperatoriamente y, en el mismo tiempo quirúrgico, se procedió a corregirla mediante resección y anastomosis. Son también examinados los aspectos diagnósticos y terapéuticos y la bibliografía sobre el argumento.

PALABRAS CLAVE: Atresia esofágica; Membranosa.

CONGENITAL ESOPHAGEAL OBSTRUCTION BY A COMPLETE MUCOSAL MEMBRANE: A CASE REPORT

ABSTRACT: The authors report a case of membranous atresia of the esophagus. Diagnosis of this rare malformation was made intraoperatively, and resection and primary anastomosis were performed immediately. A brief review of the literature is included on the various types of esophageal atresia.

KEY WORDS: Esophageal atresia; Membranous.

INTRODUCCIÓN

Si bien el diafragma endoluminal sea un hallazgo más bien frecuente en las obstrucciones intestinales del neonato, encontrarlo en las obstrucciones esofágicas completas es muy raro. En su «Atlas of esophageal atresia» de 1976⁽¹⁾, Kluth clasifica la atresia membranosa como una de las diez formas por él identificadas y describe los distintos subtipos hasta entonces conocidos. Sucesivamente en la bibliografía aparecen sólo esporádicas observaciones de tal anomalía.

CASO CLÍNICO

En una mujer de 29 años, en su primera gestación, la ecografía obstétrica realizada en la 25ª semana evidenciaba un

polihidramnios. Tal hallazgo era confirmado en sucesivos controles ecográficos en los que, además, no era visible el estómago fetal. Al momento del nacimiento (por parto cesáreo en la 39ª semana, peso del neonato 3.100 g) la sospecha de atresia esofágica era confirmada. La ausencia de aire en el abdomen en una radiografía estándar toracoabdominal permitía hipotizar una atresia esofágica aislada. La inyección de contraste en el muñón superior excluía la presencia de una fístula y ubicaba el fondo de saco a nivel de la 4ª vértebra torácica (Fig. 1). El segundo día de vida se confeccionaba una gastrostomía: mediante la introducción de una sonda de Hegar (Fig. 2) se visualizaba el muñón inferior del esófago cuyo extremo craneal se proyectaba casi al mismo nivel del fondo de saco superior. Por tal motivo se procedía en el mismo tiempo quirúrgico a la anastomosis esofágica: la pared del esófago se presentaba sin solución de continuidad si bien el calibre a nivel de los 2/3 distales aparecía ligeramente reducido por la presencia de un septo membranoso completo en coincidencia con el final del tracto superior dilatado. Se resecionaba un pequeño tracto del esófago conteniendo el septo membranoso y se procedía a la anastomosis término-terminal libre de tensión. Una radiografía contrastada del esófago realizada el 7º día postoperatorio mostraba una anastomosis de buen calibre con regular pasaje del medio de contraste. Por la aparición de subestenosis sin significativa disfagia, fue necesario realizar dos dilataciones esofágicas en los 2 primeros meses de vida; la pHmetría a 10 meses de vida no mostraba reflujo gastro-esofágico. A la edad de 12 meses, la curva de crecimiento es normal y el sujeto no presenta trastornos en la alimentación.

DISCUSIÓN

La clasificación más conocida de atresia esofágica (aquella formulada por Vogt en 1929) identifica cinco formas de esta anomalía. Este número aumenta a seis formas en la clasificación de Gross (1953) que incluye la estenosis esofágica. Formas más raras de esta malformación fue-

Correspondencia: L. Nanni, Divisione di Chirurgia Pediatrica, Policlinico «A. Gemelli», Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo Gemelli 8, 00168 Roma, Italia.

*Presentado en el II Congress of Mediterranean Association of Pediatric Surgeons. Génova, Italia; 29-31 Octubre 1998.



Figura 1. El muñón esofágico superior termina a nivel de la 4ª vértebra torácica.



Figura 2. Una sonda de Hegar introducida en el muñón esofágico inferior a través de la gastrostomía arriba casi a nivel de la punta de la sonda nasogástrica.

ron descritas detalladamente por Kluth⁽¹⁾, quien ha identificado 96 diferentes variantes en el ámbito de 10 tipos principales.

La atresia membranosa (tipo IV en la clasificación de Kluth) es una de las más raras. Se caracteriza por la continuidad de la pared externa mientras la luz está dividida en dos por una membrana mucosa transversal u oblicua. Kluth describe siete variantes de este tipo de atresia esofágica según la presencia o ausencia, la sede y el número de fístulas tráqueo-esofágicas asociadas. Desde 1976, cuando el Atlas fue publicado, fueron descritas solamente otras dos variantes: una en la cual el diafragma endoluminal se encontraba a nivel del cardias⁽²⁾, y una forma a doble membrana⁽³⁾. La más reciente revisión sobre el argumento, hecha por Sharma⁽⁴⁾ en 1991, recogía un total de 17 casos de los cuales sólo 6 no presentaban una fístula, análogamente al caso por nosotros observado. La ausencia de aire en el abdomen en una radiografía toraco-abdominal excluye la presencia de una fístula del muñón inferior. En estos casos (tipo I, II y IIIa según Vogt), la distancia entre los muñones esofágicos hace difícil o imposible la anastomosis. Como ilustra el presente caso, un ab-

domen con ausencia de aire no implica necesariamente la presencia de una amplia distancia entre los dos muñones. Además existe la posibilidad de que tal hallazgo radiológico se encuentre en presencia de una fístula del segmento inferior (tipo IIIb) ocluida por un tapón mucoso⁽⁵⁾. Fue además descrito un caso que resumía en sí mismo las características de la forma membranosa y de la tipo IIIb de Vogt: es decir, atresia del muñón proximal y un largo segmento inferior en comunicación con la tráquea a nivel del estrecho torácico superior interrumpido por una membrana completa⁽⁶⁾. Por todo lo dicho es importante examinar atentamente el muñón inferior mediante estudios radiográficos.

Hasta hoy fueron utilizadas distintas técnicas para el tratamiento de la atresia membranosa. En la mayor parte de los casos^(3, 7) la membrana fue resecada a través de una esofagotomía longitudinal. En caso de una membrana yuxtacardial para su exéresis puede ser aprovechada la gastrostomía ya realizada. La perforación endoscópica fue utilizada en dos pacientes; ambos fallecieron en el período postoperatorio debido a complicaciones sépticas^(2, 4). La cirugía es el tratamiento de elección cuando existe una fístula tráqueo-esofágica aso-

ciada y, en nuestra opinión, es también preferible al tratamiento endoscópico en las formas aisladas.

La posibilidad de encontrar una forma membranosa de atresia esofágica o hallazgos anómalos en formas comunes nos induce a reconsiderar las implicaciones terapéuticas en ausencia de aire en el abdomen. Una evaluación cuidadosa del segmento inferior puede revelar que la corrección quirúrgica en un tiempo es posible en muchos casos que al inicio parecían destinados a un tratamiento diferido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kluth D. Atlas of esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 1976;**11**:901-919.
2. Pai JK, Pai PK, Kini AV, Rao J. Membranous type of esophageal atresia at the cardiac end of the esophagus: a case report. *J Pediatr Surg* 1987;**22**:986-987.
3. Van Loosbroek AF, Baeten CGMI, Koostra G. A rare case of congenital esophageal obstruction by double membranes: a case report. *Eur J Pediatr Surg* 1991;**1**:366-368.
4. Sharma AK, Sharma KK, Sharma CS, Chandra S, Udawat M. Congenital esophageal obstruction by intraluminal mucosal diaphragm. *J Pediatr Surg* 1991;**26**:213-215.
5. Goh DW, Brereton RJ, Spitz L. Esophageal atresia with obstructed tracheoesophageal fistula and gasless abdomen. *J Pediatr Surg* 1991;**26**:160-162.
6. Lambrecht W, Kluth D. Esophageal atresia: a new anatomic variant with gasless abdomen. *J Pediatr Surg* 1994;**29**:564-565.
7. Jona JZ, Belin RP. Intramural tracheoesophageal fistula (TEF) associated with esophageal web. *J Pediatr Surg* 1977;**12**:227-232.