

Duplicación esofágica inferior Tratamiento por laparoscopia

Héctor Pérez-Lorenzana, Weimar Cesar Maldonado-Arce,
Romeo Ramos-de la Cruz, José Esquivel-Valdez, Víctor Puga-Ayala

Institución Hospitalaria

Nuevo Hospital Obregón de la Cd. De México.

Solicitud de sobretiros: Héctor Pérez-Lorenzana,
Álvaro Obregón No. 127 1er. Piso, Col. Roma,
México D.F.
Correo electrónico: hepelo@yahoo.com

Resumen

Introducción: Las duplicaciones ocupan menos del 20% de las malformaciones del esófago, con localización mas frecuente en tercio inferior, la mayoría detectados durante la infancia por disfagia o vómito. El tratamiento es la resección quirúrgica completa por toracotomía en forma tradicional.

Caso clínico: Masculino de nueve años con nausea y vómito post-prandial inmediato de ocho meses de evolución, detectándose tumoración extrínseca del tercio inferior del esófago por endoscopia y confirmada por TAC, resecada por mínima invasión con éxito y remisión de los síntomas clínicos. Reporte histopatológico definitivo: Duplicación quística del tercio inferior del esófago.

Conclusiones: Las duplicaciones del tercio inferior son causa rara de vomito en la edad pediátrica, los estudios de imagen y endoscópicos permiten identificar y planear el manejo. La cirugía laparoscópica ofrece una excelente alternativa de manejo en la actualidad con todas sus bondades.

Palabras clave: Duplicación esofágica; Hiato esofágico; Laparoscopia.

Duplication lower esophageal. Treatment by laparoscopy

Astract

Introduction: The duplications occupy less of 20% of the malformations of the esophagus, with location but it frequents in inferior third, the majority detected during the childhood by disfagia or vomit. The treatment is the complete surgical resection by toracotomy in traditional form.



Clinical case: Masculine of 9 years with immediate post-prandial vomit of 8 months of evolution feels nauseous successfully and, detecting itself extrinsic tumefaction of the third inferior of the esophagus by endoscopies and confirmed by TAC, resectada by minimum invasion and remission of the clinical symptoms. Definitive histopatológico report: Quistic duplication of the inferior third of the esophagus.

Conclusions: The duplications of the inferior third are rare cause of I vomit in the pediatric age, the studies of image and endoscópicos allow to identify and to plan the handling. The laparoscópica surgery offers an excellent alternative of handling at the present time with all its kindness.

Index words: Esofágica duplication; Esofágico hiatos; Laparoscopia.

Introducción

La duplicación del tubo digestivo se define como la presencia de una estructura doble, parcial o completa, con una longitud variable.¹

Embriológicamente se deben a trastornos en la recanalización, cuando el estado sólido del tubo digestivo se convierte en hueco, por la aglutinación de vacuolas del sector dorsal del intestino anterior, en lugar de originar un sólo tubo origina dos.²

Se ubica en el mediastino posterior, en íntima relación con el tercio inferior del esófago.

El 60% se localiza el tercio inferior, el 20% el tercio medio y el otro 20% en el tercio superior.

Es unilocular, con contenido mucoso, en la pared tiene una doble capa de músculo liso; el interior puede estar revestido por un epitelio escamoso o columnar ciliado, incluso de mucosa gástrica.^{2,3}

La duplicación esofágica representa 10 a 20% de malformaciones esofágicas y 15 a 20% de duplicaciones del tubo digestivo. Muchos niños con duplicación del esófago cursan asintomáticos.

En los sintomáticos se manifiestan por datos de compresión extrínseca, como disfagia; así como con náuseas, vómito, o bien por sangrado de tubo digestivo.

En la mayor parte de los casos el diagnóstico se efectúa durante la infancia, en aproximadamente 80% de los casos. Casi siempre se detectan durante algún procedimiento diagnóstico.

El tratamiento habitual es la resección quirúrgica por toracotomía, asimismo se describe su resección por toracoscopia.^{4,5}

Presentación del Caso Clínico

Paciente masculino de nueve años, originario y residente del Estado de Puebla, que se presenta en la consulta externa de Cirugía Pediátrica por presencia de náusea y vómito post-prandial inmediato en número de seis a siete veces al día de ocho meses de evolución, manejado con metoclopramida y ranitidina sin mejoría.

Como antecedente solo tiene orquidopexia izquierda a los siete años.

A la EF: Peso y talla acorde a la edad, bien conformado, sin datos a considerar de importancia.

Durante su metodología de estudio se solicitó SEG-D la cual se reporta sin reflujo. (Figura 1) y con cambios inflamatorios crónicos en el fondo gástrico.

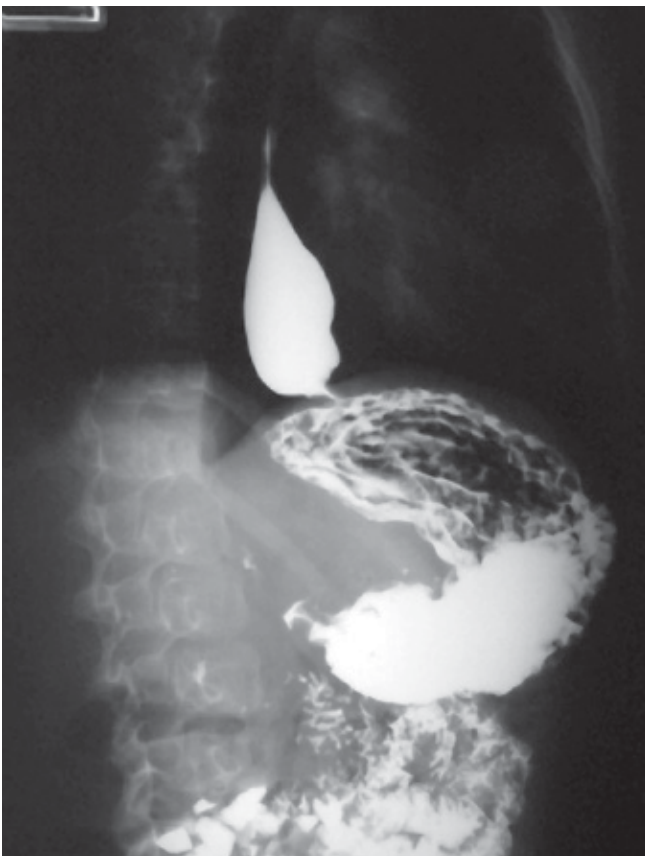


Figura 1. Serie esofago gastroduodenal inicial





Figura 2. Tomografía que muestra el tamaño de la lesión



Figura 3. Endoscopia que muestra compresión extrínseca de la masa ocupativa



Figura 4. Endoscopia que muestra el antro



Figura 5. Endoscopia mostrando el cuerpo del estómago

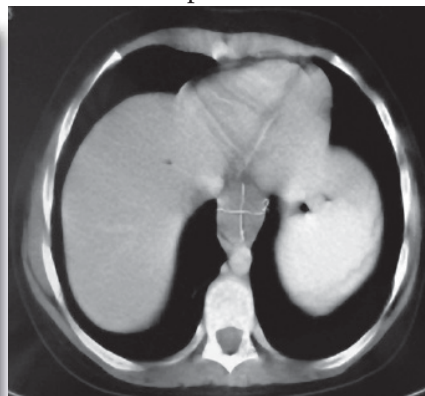


Figura 6. Fotografía endoscópica mostrando compresión extrínseca



Figura 7. Disección de la duplicación esofágica

Por la persistencia de síntomas se solicita endoscopia la cual muestra compresión extrínseca de la pared anterior del esófago en su tercio inferior con pangastritis aguda en cuerpo y antro, (Figuras 2,3,4,5) por lo cual se solicitan estudios de imagen de mayor resolución.

La tomografía de tórax con ventana para mediastino simple y contrastada permitió identificar una tumoración quística de pared delgada, circular, de contenido homogéneo hipodenso, con diámetros de 29 x 26 mm, anterior a la columna vertebral entre la aorta y el esófago a nivel de T-10, con compresión de la luz esofágica. (Figura 6)

Se solicitan estudios preoperatorios los cuales fueron normales (Hb 14.8g/dl, Hto: 44.8%, TP: 12", TPT: 32").

Los marcadores tumorales convencionales negativos.

Se decidió manejo quirúrgico, con abordaje laparoscópico abdominal con 4 trocars de 5mm, colocando la óptica de 5mm a nivel umbilical, dos laterales izquierdos y uno subcostal dere-

cho, iniciando con disección habitual del hiato esofágico y posteriormente tracción esofágica con una cinta umbilical.

Una vez identificada la tumoración, que involucraba el plano muscular se



Figura 8. Resección de la duplicación esofágica

diseco (Figura 7,8) en forma roma y con gancho eléctrico sin incidentes, verificando en forma neumática ausencia de perforaciones.

Se completo el procedimiento con plastia de pilares y hemifunduplicatura posterior anclada, con fijación al pilar derecho.

La extracción se facilito al ampliar el puerto umbilical en forma directa.

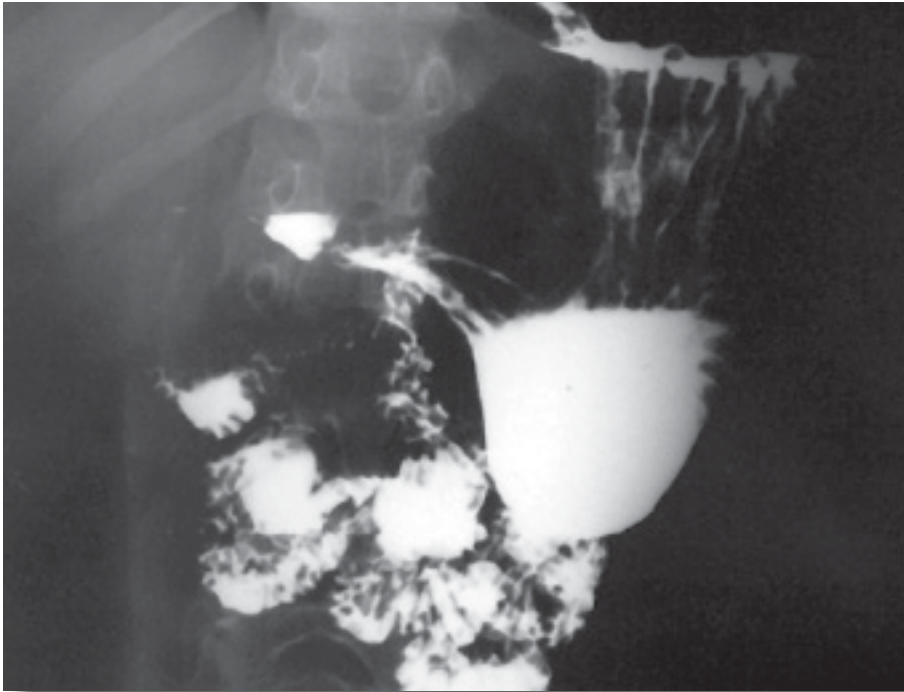


Figura 9. Series esófago gastroduodenal postquirúrgica

Terminando el procedimiento sin incidentes con sangrado aprox. de 10 c.c. Iniciando la vía oral a las 24hrs con líquidos y tolerando la progresión.

El paciente fue egresado del servicio al 3er día con Omeprazol y Metoclopramida por cuatro semanas.

El reporte histopatológico fue duplicación quística esofágica.

Se cita a la Consulta Externa a los 30 días con estudio contrastado superior reportando sin alteraciones a nivel de trayecto esofágico superior.(Figura 9)

Tres meses después de la cirugía se encuentra sin vómito, con ingesta normal, solo refiriendo dolor retroesternal transitorio en dos ocasiones en el primer mes del post-operatorio, actualmente sin requerir manejo medico adyuvante.

Discusión

Las duplicaciones esofágicas en pediatría ocupan un bajo porcentaje dentro de las enfermedades del tubo digestivo, la presentación clínica mas común se caracteriza por vómito y disfagia como en el caso presentado.

En ocasiones los estudios contrastados simples no aportan mayores datos requiriendo de

apoyo con estudios invasivos como la endoscopia que permiten ubicar el sitio problema, confirmando con TAC las características de la tumoración y con esto normar la conducta terapéutica (abordaje).

El manejo quirúrgico ideal es la resección completa que en forma tradicional era realizada con cirugía abierta.

La cirugía endoscópica nos permite manejar en forma exitosa estos casos con buenos resultados; en especial las duplicaciones del tercio inferior que en forma tradicional requerían de abordajes torácicos y/o combinados.

El punto importante es que a través de la disección del hiato esofágico como en cirugía antirreflujo nos permite la identificación y resección completa, y con la magnificación de imagen identificar lesiones o perforaciones del sitio involucrado.

En nuestro caso consideramos conveniente aplicar una técnica antirreflujo por la secuela en la motilidad al estar involucrado el plano muscular en forma extensa, obteniendo remisión de la sintomatología y por el tipo de abordaje un inicio de la vía oral y reintegración tempranos a su vida cotidiana.

Se muestra como el campo de la mínima invasión encuentra cada vez mayores aplicaciones en pediatría.

Referencias

1. Pianzola HM, Otino A, Canestri M. Cystic duplication of the esophagus. Acta Gastroenterol Latinoam. 2001 Oct; 31(4):333-8
2. Christian Birkidal MD, J. Thomas, Williams, Jr MD. Esophageal Cysts.e Medicine. January 2005.
3. Mekki M, Belghith M, Krichene I, Chelly S, Golli M, Zakhama A, Gannouni A, Nouri A. Esophageal duplication in children.Report og 7 cases.Arch Pediatr. 2001;8(1):55-61



4. Lazar G, Szentpali K, Szanto I, Palasthy Z, Balogh A. Successful thoracoscopic surgical of oesophageal cyst. *Acta Chir Hung*. 1999;38(2):191-2
5. Cohen SR, Geller KA, Birns JW, Thompson JW, Meyer BW, Lindesmith GG. Foregut cysts in infants and children. Diagnosis and management. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1982 Nov-Dec;91(6):622-7.
6. Sharma KK, Ranka P, Meratiya S. Isolated cervical esophageal duplication: a rarity. *J Pediatric Surg*. 2005 Mar;40(3):591-2.
7. Merry C, Spurbeck W, Lobe TE. Resection of foregut-derived duplications by minimal-access surgery. *Pediatr Surg Int*. 1999;15(3-4):224-
8. Scheye T, Vanneuvillle G, Dwchelotte P, Queroy-Malamenaide C, Aufauvre B. Duplication of the digestive tract in children. Apropos of 12 cases. *Ann Chir*. 1995;49(1):47-55.
9. Yang MC, Duh YC, Lai HS, Chen WJ, Chen CC, Hung WT. Alimentary tract duplications. *J Formos Med. Assoc*. 1996 May;95(5):406-9.
10. Nobuhara KK, Gorski YC, La Quaglia MP, Shamberger RC. Bronchogenic Cysts and esophageal duplications: common origins and treatment. *J Pediatric Surg*. 1997 Oct;32(10):1408-13.
11. Bratu I, Laberge JM, Flagrolr H, Bouchard S. Foregut duplications: is there an advantage to thoracoscopic resection?. *J Pediatr Surg*. 2005 Jan;40(1):138-41.

